

Д-р КЛИМЕНТИЈЕ МАТОСКИ

**ВРОДЕНИ ЛУКСАНТНИ СОСТОЈБИ
НА КОЛКОВИТЕ КАЈ ДЕЦАТА ВО
СТРУГА И СТРУШКО
(1975 — 2005)**

Издавач
Медицински Центар Струга

За издавачоӣ
Д-р Зоран Костојчиноски

Главен и одговорен уредник
Д-р Климентије Матоски

Рецензент
Проф. Д-р Сци. Светозар Цветковић-Београд
специјалист-ортопед
Прим. Д-р Вера Пренда-Нича-Битола
специјалист-педијатар

Лекција
Д-р Стојан Ристески

Комјутерска подлога
Мирјана Отовић

Печат: „Отопринт“- Струга

Д-р КЛИМЕНТИЈЕ МАТОСКИ

**ВРОДЕНИ ЛУКСАНТНИ СОСТОЈБИ
НА КОЛКОВИТЕ КАЈ ДЕЦАТА ВО
СТРУГА И СТРУШКО
(1975 — 2005)**

**СТРУГА
2005**

CIP-Каталогизација во публикација Народна и универзитетска библиотека „Св. Климент Охридски“

616.728.-2-001.6-053.1(497.7).,1975/2005“

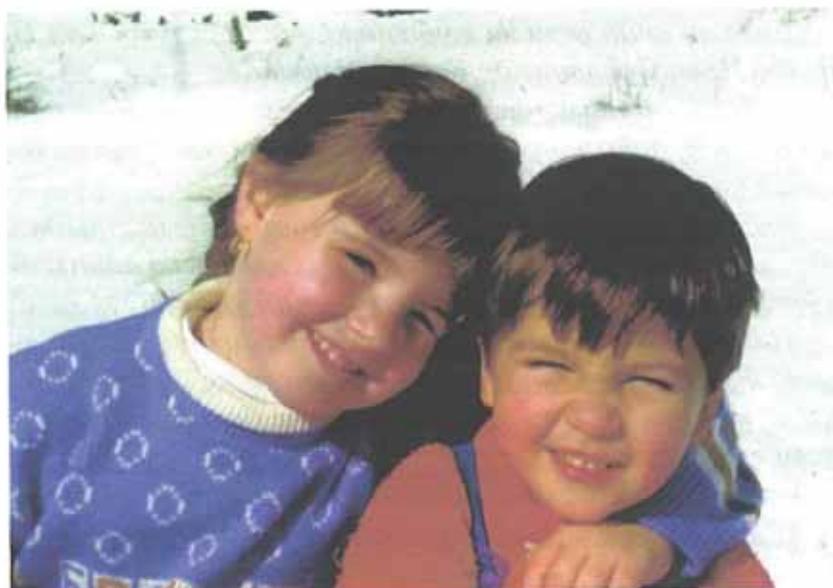
МАТОСКИ, Климентије

Вродени луксантни состојби на колковите кај децата во Струга и Струшко : (1975-2005) / Климентије Матоски. - Струга : Медицински центар Струга, 2005. - 165, [49] стр. : илустр. ; 34 см

Белешка за авторот: стр. [9-]. - Содржи и : Прилози

ISBN 9989-57-353-0

а) Вродени луксации на колкот - Струга и Струшко - 1975-2005
COBISS.MK-ID 6150816



ЗА ЉУБОВТА И СРЕЌАТА

НАЈДИ ВРЕМЕ ЗА САКАЊЕ И ДА БИДЕШ САКАН. ТОА Е ПРИВИЛЕГИЈА НА БОГОВИТЕ

Привршувајќи ја работата врз оваа монографија осознав дека сепак, на крајот, како да сум се вратил на самите йочетоци на исследувањето. Ми остана уште многу штоа недоречено, незавршен. Осознав дека љубовта која ме водеше и исполнуваше сите овие изминати години, ќе мора да ја превземе некој друг, некој кој ќе продолжи да ја негува, да ја гаи, севеден вознесува и зголемува.

А штоа, љубовта, што е? Што е виточем љубов? Што штоа значи да љубиш и бидеш љубен?

Некој рече - љубовта е БОЖИ ДАР, љубовта е БОГ СЕВИШЕН, љубовта е Негово олицетворение. Премал сум во свемирот за да можам убаво да ја дефинирам. Но затоа убаво

можам да ја њочувствувам, можам да ја љодарам, можам да и се радувам.

Еве што вели за љубовта Светиот Апостол Павле во своето Прво Послание до Коринтјаните :

- Да зборувам на сите човечки јазици, па дури и на АНГЕЛСКИ, што ми љубов немам, ќе бидам бакар што звони или камвал што звечи ;

- Да имам пророчки дар и да ги знам сите тајни, да ги имам сите знаења за сите работи а и така силна вера што и планини да преместувам, ако љубов немам, ништо не сум ;

- Јубовта е долготрелива, полна со добрина;

- Јубовта не завидува, љубовта не се превознесува, не се гордее, не прави што е неизпитојно, не бара свое, не се среши, не мисли зло ;

- Јубовта на нејправда не се радува, а на ВИСТИНА се радува;

- Јубовта се прашува, во се верува, на се надева, се преширува;

- Јубовта никогаш не престанува, а другото, ако се пророшива ќе пресстанат, ако се јазици ќе замолкнат, ако се знаења ќе исчезнат;

- А сега остануваат овие три работи: ВЕРАТА, НАДЕШТА И ЉУБОВТА. Најголема меѓунив е љубовта.

- Мат. 7, 22; + Мат. 17, 20; Мат. 6,2 ; Фил. 2,4; Рим. 15,1

Благословен да е мојот БОГ што ме просветиши та ми подарува многу љубов. Најголема од сите е онаа за моето семејство, за моите чеди, за моите внучиња, Теодора Ева и Никола. Тие, со своеот разглед, како своевидно БОГОЈАВЛЕНИЕ, чинам ми ја открија високата дефиниција за љубовта, ми помогна да ја разбераам пораката на Светиот Апостол Павле.

Вечна да биде благодарноста моја до мојот Севишен Бог, за овој дар и за дарот што љубов и кон сите луѓе, сите деца особено, на светот ја имам.

Пресреќен сум заради сите на кои сум им помогнал да живеат посреќно и поубаво, а бескрајно тажен по оните за кои тоа не ми ус踽а, било заради мое незнание или немоќ, било можеби заради што што таква била волјата Божја. Од сите нив, молам за тоа, прошка !

*Монографијава ја њосвештувам на моето семејство, на моите
внучиња Теодора Ева и Никола како и на сите деца на светов.*

*Ако овој мој скромен труд помогнал или помогне да се
подобри квалитетот на живеењето на макар само едно
семејство, ЕДНО ДЕТЕ, тогаш ВРЕДЕЛО, вределе сите децени
вложени за тоа цел, тогаш навистина сум усреал – сум ја
јаканата цел!*

*Оваа монографија е плод на љубов и посвета на мисионерска
работа. Многумина ми помогнаа и им исказувам искрена
благодарност на сите. Најмногу, медицинската сестра Билјана
Гореска, најмногу „комјутерцијите“ од информациското
центар на Македонски Железници Димче Бегинов, Зоран
Павловски и Симе Шеневски, на чело со Директорот Рајко
Стефаноски, најмногу на мојата сопруга Милка, полна со љубов,
штетение и разбиранье....*

*За да успе издавањето на монографијава, матерјално
помогнаа многумина без чија помош јас сам немаше да успеам.
Посебна благодарност на моите директор Д-р Зоран
Костијчиноски.*

Искрено и од срце им благодарам.

АВТОРОТ

БЕЛЕШКА ЗА АВТОРОТ



Primarius Dr stientiae, Климентије Матоски, специјалист по педијатрија, е роден во Струга во 1940 година, во занаетчиско семејство. Во родниот град го учи и завршува ФИЛИГРАНСКИОТ ЗАНАЕТ И ОСНОВНОТО ОБРАЗИВАНИЕ. Класична гимназија завршил во Охрид, а во Скопје Медицински Факултет. Како лекар во Медицинскиот центар во Струга (каде го поминува целокупниот работен век до пензионирањето), се вработил после дипломирањето, во 1966 / 67 година. Тогаш и престанува да работи на занаетот. Оттогаш па до денес, сета своја љубов им ја посветува на семејството и децата од целиот свет.

Често сака да каже дека ако сите негови заложби помогнале да биде спасен макар еден живот, ако биде подобрен квалитетот на живеење и ако притоа се работело за дете, тогаш смета дека навистина успеал, вредело да се вложи и себеси и работниот век за таа цел. Оваа своја животна заложба ја пренесува на сите помлади генерации колеги.

Од самото вработување, постојано е на задачи во Службата за заштита и лекување на деца и ученици. Повеќе од 25 години секојдневно ги посетува и селските пунктови и подрачни амбуланти. Два мандати од по четири години бил началник на службата а сега е во тек неговиот трет мандат како раководител на Детскиот диспанзер.

Во 1972 година ја завршил специјализацијата по педијатрија.

Во 1975 година се здобива со титулата ПРИМАРИУС.

Во 1988 година пријавува докторска дисертација при универзитетите во Загреб, Белград и Ниш. Таа останува во текст а небранета поради познатите настани во тек на 1990 година и потоа. Во 1990 година при Универзитетот Свети Кирил и Методиј во Скопје, пријавува а во 1995 година и ја одбранува својата втора докторска дисертација, на тема : „Витамин ДЕ недостаточен рахитис кај детската популација во Струга и Струшко“. Со тоа станува прв лекар од овој регион со докторска титула.

Има објавено преку 50 рецензиирани научни трудови и соопштенија, како плод на перманентната долгогодишна научно истражувачка работа од областа на педијатријата а посебно и особено од превентивните дејности.

Повеќе години е член на Претседателството на Лекарското Друштво на Македонија како и во редакциските и научни одбори на „Македонски медицински преглед“ и „Acta Medika Medianae“ (од Ниш) Соработува и се допишува со повеќе сродни асоцијации.

Два мандати од по четири години е Претседател на Лекарското друштво од Струга.

Добитник е на многу признанија од страна на Лекарското друштво на Македонија а во 1999 година и највисокото, ЗЛАТНА ПЛАКЕТА. Во 2001 година, како круна на заслужените признанија, го добива и највисокото, од страна на Лекарската комора на Македонија, наградата „Свети Наум Охридски“ која еднаш годишно му се доделува на еден доктор од Републикава. Со тоа, во конкуренција на сите колеги од земјава, стана Доктор на годината за 2001 година.

Неговите активности и заслуги имаат и општествени димензии.

Повеќе од 45 години е активист на организацијата на Црвениот Крст на Македонија во чии рамки бил на највисоки функции како на општинско исто така и на Републичко рамниште. Особено е ангажиран во секциите за КРВОДАРИТЕЛСТВО.

Како доброволен дарител на крв бил скоро 60 пати и заради ваквата како и активноста со и околу ширењето на крводарителството воопшто, ги има добиено СИТЕ со статут предвидени признанија и одличја. Се гордее што е добитник на ПОВЕЛБА И ЗЛАТЕН МЕДАЛ од оваа хуманитарна организација.

Носител е и на СОЈУЗНА ПОВЕЛБА ЗА ЕКОЛОГИЈА, Повелба на Српското Лекарско Друштво за заштита на децата и хуманитарни дејности, многу одличја од Сојузот на резервни воени старешини, Штабот за цивилна заштита и други.

Здравственото воспитување и подучување на луѓето особено родителите на неговите пациенти децата, за време на целиот работен век му беше од првостепено значење. Во таа насока одржуval огромен број предавања и курсеви. Неколку години водеше два пати неделно контактна телевизиска емисија на локалната телевизија со трење од еден час

Десет години бил клубски лекар на Извидничката организација од Струга и уште толку на Кајак кану клубот од родниот град. Од истите има добиено врвни признанија и одличја и медали.

Еден е од оснивачите како и Претседател на ансамбалот „РАСПЕАНИ СТРУЖАНИ“ со кој заедно со својата сопруга снимиле една LP плоча со 12 староградски песни и танци. Тоа го одбележува неговиот музички живот и активности. Позната е и призната дури и

пошироко од републичките рамки неговата дискофилска колекција која ја ствара повеќе од 50 години и е една од најголемите кај нас. На тој план, повеќе години водел и авторска емисија на брановите на Радио Струга. Покрај музиката, фотографијата му е исто така љубов а не само хоби.

Неизмерно ја сака, чува, негува и унапредува работната и животна околина и средина. Многу често престојува во природа И СЕКОГАШ задсебе остава онака како што сака следниот пат да најде ЗАСЕБЕ.

Во таа насока е и повеќегодишниот Претседател на Месната заедница при викенд населбата „ГОРНА БЕЛИЦА“, која му е, како што самиот вели, една од многуте љубови.

Очигледно, станува збор за човек со многу љубов во себе.

Докторе, што најмногу љубите?

Семејството, внуците, децата од целиот свет, уметноста, природата, науката, лукото, - ќе Ви набројува, незнаејќи притоа што попрво.

Лекарска комора - Струга

Лекарско здружение – Струга

Претседател
Др. Гоце Попоски

Претседател
Др Душко Иваноски

ПРЕДГОВОР

JАС И МОЕТО МОТО „ПО ДЕТЕТО СЕ ПОЗНАВА ЧОВЕКОТ- КАКО ПО УТРОТО ДЕНОТ“ — МИЛТОН

Од постанокот на светот до нашево денес, и до сите иднини, сè живо е во постојана, непрекинлива борба за продолжување на видот и подобрување на квалитетот на живеењето и постоењето.

Целта на овој труд, и трајна стручна определба, е да се направи скромен, макар и најмал придонес во таа сеопшта борба. Ако како резултат на тие и сите такви заложби се успее навистина да му се подобри квалитетот на живеењето макар само на едно дете, значи се постигнала саканата цел. Се постигнала најблагородната цел кон која се стреми сета природа.

А тие, децата, иднината на планетата се сè што имаме, сè што сакаме. Тие се длабоко во нас. Тие се цел на нашето постоење. Со своето доаѓање на свет, тие донесуваат нов, највозвишен квалитет на тоа наше постоење.

Од искона за навек само така!

Затоа сакам сосема накусо да прераскажам дел од она што беше и што е преокупација на мојот неспокој еве веќе 3 децении, работејќи во Детското советувалиште во Струга; сакам да прераскажам зошто со голема љубов и многу вдахновеност го следам севкупното растење и развивање на повеќе од 20 000 деца.

Многу од нив видов како се рафаат, моите раце беа првите што ги прифатиле при нивното доаѓање на свет. Ги гледав и ги следев како ги дојат, како добиваат први запчиња, ги придржував кога продуваа, ги превивав кога се удриле, ги лекував кога беа болни...

Некои на мене ја испробуваа силата на тупаницата, некои гледаа како реагирам кога ме помочале. Некои го следеа изразот на моето лице кога ќе ми испуџачеја со „мрсна пцовка“.

Сепак, на многумина од нив конечно им напишав потврда дека се подгответи да станат ученици — првачиња.

На сите им искажувам должност благодарност, бидејќи секогаш, сите, само ме усрекуваа. А среќата моја е вистинска и најголема, ако е споделена со децата и нивните родителите и ако после неколкугодишното другарување, што трае од рафањето до поаѓање на училиште, сите, ама баш сите, добијат убава потврда што им овозможува да станат весели, здрави и успешни првачиња. А отогаш, веќе

ги преземаат грижите за понатамошното следење на растот и развитокот монте колеги — училишните педијатри.

Нашиот народен мудрец рекол: „Подобро спречи отколку да лечиш“ или: „Само зелено - младо грлече може да се свиткува и да се исправа!“.

Затоа, следењето на растот и развојот на децата мора да започне со самото зачнување и да трае до потполното созревање —adolесценцијата. Таа треба да биде целосно, континуирано и мултидисциплинарно. А денес, нашите можности за рана детекција, а со тоа и навремено соодветно евентуално интервенирање, се навистина мошне големи. Дијапазонот на состојбите, кои ако се откријат навреме, можат да бидат значително отстранети или барем ублажени последиците, е голем. Тоа е голема навистина.

Во таа смисла систематското лонгитудинално, редовно и долго-трајно следење на растот и развитокот на секое дете во условите што ги пружа Детското советувалиште е она вистинското, неопходното. Секако, тоа треба и мора да претставува вистински континуитет што ќе значи продолжение на следењето на интраутериниот развиток на плодот, а подготвка за понатамошно следење во училишните диспанзери.

И еве. Какво прекрасно доживување. Во моето советувалиште доаѓаат две волшебно убави суштества. Мајка, за чие раѓање припомагав лично, ја следев како расте и се развива, сега доаѓа со свое чедо во прегратките. А рекол мудрецот: „Мајка која дои, во своите прегратки држи цел еден свет“. Тој чудесен мал свет, толку мал и беспомошен, а толку голем и бесконечен истовремено, толку нежен и зависен од својата мајка, може да опстане и опстанува само благодарение на неизмерно големото и незаменливо мајчино срце. Тоа срце бие со ритамот на срцето на нејзиното чедо — нејзиниот пород. За ништо на светов мајката не стравува и не бдее толку будно како што без здив трепери за здравјето и за животот, за среќата и за радоста на својот мал — огромен свет, свет кого цврсто и храбро, несебично и со саможртва од секаков вид, го држи во својата топла, мека и безбедна прегратка. Го држи цврсто и сигурно, го штити и го чува и со сета мајчинска љубов му се пружа себеси, му ја пружа сета љубов и нежност на овој свет, преточена во нејзините дојки и нејзиното млеко — еликсирот толку неопходен за животот на ова чедо. А тоа, пак, слатко и лакомо, сосема безгрижно и безбедно, со сласт својствена само нему, само на доенчето, го голта тоа прекрасно, топло и здраво мајчино млеко.

*И тече ѕака млеко џо, чиниши директно од издашно џо,
широко мајчино срце!*

Но, има врагови, има трауми, има семејни и лични трагедии... Бидеат безброј опасности, несреќи, болести, катастрофи. Впрочем, овие две прекрасни суштества го минуваат својот највулнерабилен период од животот. Демнат многу болести, многу состојби демнат за во секој миг да можат да ја претворат оваа бескрајна среќа во вистинска катастрофа.

И можат. Навистина можат!

Сепак, тука некаде, во непосредна близина на овие два прекрасни света, на овие највозвишени човечки суштества - мајката и нејзиното чедо — доенчето, во вечна приправност и секогаш подготвен да помогне, да ги одврати лошите „врагови“ стои педијатарот. Стои тој така низ деновите и ноќите, низ месеците и годините, докторот, кој целиот свој ум и знаење, ги вградил во светот на мајчините желби и трепети за тоа мало и беспомошно човечко суштество што го исполнува животот на мајката, на родителите и ја чини смислата на нивното постоење да порасне и утре и самото да биде зачетник на нов живот.



ЈАС И МОЈАТА СТУДИЈА

План и изведување на рабоштата:

- неделно прибирање и средување на податоци од матичната и од патронажната — акушерската служба;
- подготвка и испраќање на специјални покани;
- внесување на податоците од прегледот и анкетата во компјутерските бази;
- прегледите се изведуваат еднаш месечно, секој месец до дванаесеттиот месец, а потоа еднаш на три, односно шест месеци на секое дете, и тоа секогаш на датумот на рафањето. На тој начин близу сме до можноста, рано и навремено да откриваме голем број состојби, опасности што го демнат кревкиот детски живот и здравје, опасности што демнат секогаш спремни, неизмерната среќа и радост на родителите, веселата детска наслада и непречениот раст да го претворат во пекол. Оваа наша можност денес е уште поголема со обзор на „FEED BACK“- спретата со колегите акушери, кои се грижат за периодот од зачнувањето, преку бременоста до рафањето на детето.

Нашиот материјал содржи податоци за повеќе од 20000 деца и повеќе од 120000 прегледи, целосно електронски обработени и исповрзани во меѓусебни корелативности што овозможуваат огромен број можности со обзор на фактот голем број параметри да се ставени во зависност, секој со сите и сите меѓу себе. *Студијата е лонгитудинална и проспективна*. Поголем број од децата (повозрасните) имаат остварено и по повеќе од 30 последователни прегледи. Со обзор да првиот преглед — редовен, се врши точно еден месец по рафањето, а притоа се има целосен увид во состојбата на актот на рафањето (од деталното родилно картонче), со сите релевантни податоци, можноста да се имаат предвид сите или многуте ризици, ни е секогаш прирака.

Децата, пак, родени од ризична бременост или родени со ризик, или со било каква патолошка состојба, пак во нашето Советувалиште, водени од истиот лекар неонатологот, подлежат на посебен третман. Тие се повикуваат, според индикацијата, значително порано пред наполнување на возрастта на еден месец. За нив се преземаат соодветни дијагностичко-терапевтски процедури кај нас или во соодветна установа од повисок ранг.

Работејќи вака, нашето Советувалиште со време стана вистинско собиралиште на оние кои сакаат изворно да слушнат и да научат сè за напредувањето на нивното дете. А се знае, педијатриска екипа е навистина тоа, само ако во тимот на акушерот и педијатарот бидат вклучени и други, често пати неизбежно потребни стручњаци од типот на различни субспецијалисти: психолози, дефектологи, офтальмологи, педагози и уште многу други. И, секако, најважно, родители и нивните деца. А во нив, во сите баби и дедовци, тетки, стрини, вујни и други ние имаме мошне благороден материјал, стрпливи слушатели на нашите совети. Родителите, се разбира, се секогаш први и добродојдени.

Така се случи најефикасно *двонасочно — йовеќенасочно*, здравствено просветување — од нас за родителите и роднините, а богами честопати и обратно.

Еве шематски приказ на сите оние податоци што се бараат и изнесуваат при секоја посета на детето во советувалиштето, во специјалните компјутерски листи. Банката на податоци овозможува брзо и ефикасно предупредување за секоја пожелна или евентуално непожелна состојба, како во одредена, исто така и во целата статистичка маса. Исто така и за секој случај по име и презиме за секое дете.

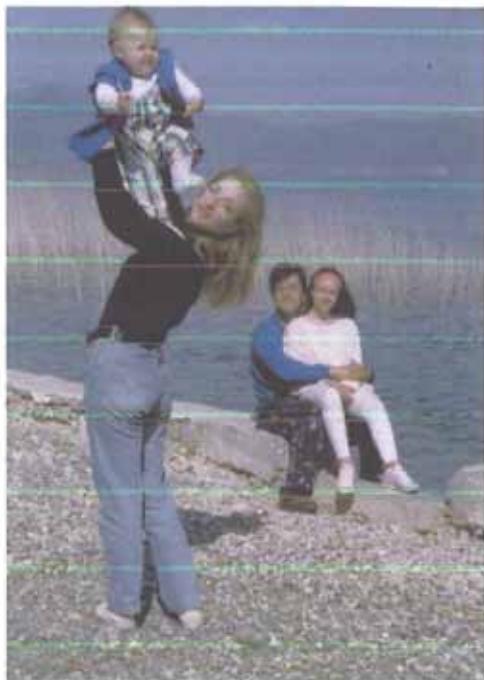
Анкетата содржи (краток осврт):

- Генералии со компјутерски матичен број, презиме, име, адреса; телефон;
- Датум на раѓање;
- Датум и редослед на прегледот;
- Пол и возраст;
- Податоци за мајката: возраст, образование, вработеност, редослед на бременоста и раѓањето, абортуси, крвна група и хематолошки статус за време на бременоста и раѓањето и др.;
- Акушерска историја со евентуални ризици;
- Податоци сврзани со актот на раѓањето: редослед и место, начин, евентуални интервенции, близначност и др. ризици по детето, зрелост, доносеност, антропометрички податоци и др.;
- Евентуални состојби од парталниот, постпарталниот и неонаталниот период;
- Податоци од статуропондералниот раст и развиток;
- Актуелни антропометрички податоци според возраста;
- Исхрана, напредување, растење и исхранетост;
- Преглед по системи и *status praesentis*, посебно невролошки, и преглед и процена на менталната зрелост за возрастта;
- Лабораториска анализа;

- Вакцинален статус;
- Други параклинички исследувања и податоци.

Меѓусебната поврзаност на сиве податоци во електронската обработка овозможува вонредно брзо, точно и прецизно добивање на огромен број релевантни извештаи, а со тоа рана детекција на сите евентуално откриени хендикепи, заболувања, состојби и опасности по здравјето и животот на децата.

А шие (деца) се сè што имаме, сè што сакаме, нашето денес и утре — нели?!



ВОВЕД

„Само зелена фиданка се свиќува“

*Некој рече: „Жена, маж и дете – благословено тројство
Господово“.*

И се случи тоа. Поминаа сите маки „Танталови“ и професорот ми рече: „Колега, Ви честитам. Ова Ви е последен испит. Од овој миг ќе Ви се обраќаат со препознатливото – *Докторе*“.

И светот како да стана мој. Маките ги нареков „Танталови“, нели беше тоа крај.

Беше ли?

Поминаа многу години. Изреков многу честитања од типот: „Да Ви е живо и здраво новороденчето“ или: „Среќно се извлековме“, или: „Не грижете се, ништо сериозно – брзо ќе помине“.

Но, имаше, навистина имаше и мошне тешки мигови. Признавам, многупати бев преплашен, бев исправен пред ужасно тешки мигови кога јас и само јас морав да решавам нешта и ситуации за кои Бог семоќниот ги знае вистинските одговори. Во тие мигови што траат една вечност, а се мерат со секунди, многупати посакав да не сум тоа што сум. Посакував да биде тука некој што, можеби, подобро и повеќе знае од мене. А имаше и сè уште има многумина такви. Јас сум сепак ништо и никој за борба со волјата Божја.

Бев тоа утро сè уште мошне млад. Некој рече: „Ќе стане од тебе добар доктор. Трудолубив си, педантен, ја сакаш оваа работа. Но учи, учи и понатаму, учи, и тоа не само од оние многу дебели книги, учи и од животот, учи и од работата“.

Бев тогаш малку зачуден, но подоцна, во годините што следеа навистина научив да учам, и од животот, и од работата. А едно утро, беше само едно од многуте што ќе следат, едно од почетните кога сè уште ненаучен од животот и од работата, сè уште не поразен, го немав чувството на лична „атомска“ ситност во „семирот“ што го викаме болно дете.

А со детето беа неговата мајка и татко му во мојата ординација. Го гледав детето што силно и жално плачеши. Го гледав стиснато на градите на мајка му. Беше прекрасно неколку месечно бебе со црвени обравчиња. А течеа солзички од окцата и се тркалаа кон мајчината разголена дојка што никако не сакаше да ја „лапне“. Мајката силно и сесрдно се трудеше да му ја подаде дојката, да му се подаде себе си на своето чедо. Тоа, пак, разлутено, без престан плачеши и ронеше солзи.

Јас, стаписан од глетката енграмски врежана во сеќавањата до ден - денес, го гледав тоа прекрасно богословено тројство: мајката,

чедото и таткото. Ги гледав со немоќ и стаписаност. Тоа прекрасно бепче како да беше распнато на крст, чиниш како нашиот Севишен Господ Исус Христос. Беше ставено во гипс, чинам од главата до петиците. Така ми се пристори в час, бидејќи подоцна видов или некој ми рече: „Не, тоа е само Лоренцов гипс, а детето има вродено исчашени колкови.

И чиста ѹречиста дешка невиносї.

Детето плачеши, а јас, после вообичаениот преглед, требаше да им објаснам на родителите што се случува со нивниот мал, а огромен свет, нивното дете, нивниот центар на семирот.

Ќојзнае што сè тогаш ми паднало на ум, но сè уште живо се сеќавам на ужасната, за мене во тој миг, неприродна положба во која беа присилно сместени убавите дебели бутчиња на бебето во тој некаков си Лоренцов гипс.

А имаше тука и црвенило и ранички (декубитуси ги викале) и инфламација помешана со најобична миризба на „мочка и какачка“. Така ние, впрочем, заедно со децата велиме за урината и феџесот.

Со здравствената книшка и некакви рецепти во пеа родителите го изнесуваа тоа прекрасно доенче од мојата ординација. Кога ја затворија зад себе вратата, внатре со мене остана еден голем дел од нив, од глетката што ме потресе, од солзите, чисти детски и врели, плачењето што како далечно ехо сè уште ми одсвонува во ушиве.

А жално, многу жално плачеши бебето!

Помислив, помиславам, се прашувам и денес, кога поминуваат маките „Танталови“ на луѓето што доктори ги викаат?

Некој ми раскажа една филозофска размисла за свеќата што на околината светлост ѝ пружа, а самата изгорува до целоизгорување, до себеснемување. И, ако е така, нека Бог даде почетсто и најчесто и само честитки од типот: „Да Ви е живо новороденчето“, да кажуваат луѓето што судбата на запалената свеќа си ја одбрале себеси.

Вака некако едно утро пред многу години, некаде длабоко во почетоците на мојата младост, го видов детето со Лоренцов гипс и вродено исчашени колкови.

Така започнува мојата прикаска за нив. Посакав моето раскажување да биде макар само еден додатен збор на огромното море од поумни и понаучни кажувања за децата како она „моето бепче“ и нивната мака. Така започнаа моите нови, стари маки „Танталови“ во маратонското одење пеш кон откривање истини за вроденото исчашување на колковите. Не ни помиславав дека трката има цел, но нема крај. Не ни помиславав дека три децении потоа пак ќе бидам на самиот почеток, на самиот старт.

Ако е за утеша, и сите пред мене, многумина поумни, поучени и познаени од мене, така поминале.

Ако притоа, ако вградениот работен мој век, полн со неуспеси и успеси, полн со падови и нови почнувања, помогнал макар само на едно дете да не му се предизвикаат солзи и болка, тогаш „алал“ нека е трудот, „алал“ нека се годините минати. Вредело.

Се сеќавам на онаа Његошевата: „Блазе на оној кој довеек живее, тој имал и зошто да се роди“.

Или, можеби, латинската: „Non est vivere, sed valere vita“.

Што е, впрочем, вродена исчашеност на колковите?

Кој е точниот, прецизниот одговор и може ли лесно, а сепак одговорно да се даде одговор?

КОЈ Е ПОВОДОТ ЗА ПИШУВАЊЕ НА ОВОЈ ТРУД

Во сите неонатолошки одделенија акушерите, неонатолозите, педијатрите, лекарите што се грижат за новороденчињата, покрај другото, се разбира, секојдневно трагаат и кон најчестата вродена аномалија на локомоторниот систем – вродените луксантни состојби на колковите.

Сепак, факт е дека на национално, државно ниво, немаме единствена доктрина, единствена методологија, единствено регистрирање и пријавување на оваа вродена аномалија кај децата. Неспорно е дека во медицинските документи востановени за секое новороденче што се родило во установа, породилиште, акушерско одделение, постои одамна (или отсекогаш) и можноста аномалијата да биде регистрирана. Тоа секако дека овозможува и одредена статистичка обработка, како на локално, исто така и на републичко ниво. Но секојдневната практика укажува на фактот дека сепак ова не го правиме доволно прецизно и врз база на еднакви критериуми и сеопфатно во сите центри. Сè се сведува на поединечни повеќе или помалку изедуцирани стручњаци за оваа проблематика. Сè се сведува сепак на личната заинтересираност на секој поединец за оваа проблематика и од тоа зависи и ажуарноста на регистрирањето на децата кај кои е макар поставено сомнение дека ја имаат или се „ризични“ за оваа аномалија.

Ова уште повеќе во услови на работа во мали центри што немаат поголема можност за постојано, непрекинливо и директно координирано контактирање со компетентна централна установа. Ваквите центри би работеле многу поуспешно, ако од едно место би се раководело со нивната работа, би се изготвувала методологија на

работењето. Во тој случај би имале носител на доктринерни ставови околу сите детали за работата врз откривањето на сите елементи од значење за поставување на вистинска дијагноза. Тоа мора да биде врз база на истоветни критериуми и принципи за работа.

Откако, пак, ќе се постави дијагнозата или, можеби, сомнението за ризик од оваа вродена аномалија, пак врз база на тие и такви доктринерни ставови и принципи, новороденчињата ќе бидат препуштени на понатамошен третман, се разбира, најрано што е можно, на компетентни стручњаци и институции, во случајов ортопеди. И пак, и во понатамопниот третман до комплетното прогласување за „помината опасност“ дури во адултното доба, сите дејствија треба да бидат со еднакви однапред определени критериуми и методологија.

Ете таа, единствената методологија за откривање на оваа аномалија и нејзиниот третман, што ние сè уште ја немаме најшироко применето, а сепак проблемот го имаме и е тука меѓу наши-те деца и меѓу нас, е повод за пишување на овој труд.

Овде мора да се укаже на фактот дека актуелениов миг ова не само што го овозможува од повеќе причини, ами и силно го наметнува.

Да напоменам само некои моменти.

Кадровски, просторно, техничко-технолошки сме опремени повеќе од кога и да е во минатото, иако не секаде и колку што треба. Секое или барем огромното мнозинство од новороденчињата на свет доаѓа во едно од многубројните наши акушерски одделенија низ целата земја. Огромен број од новороденчињата веднаш по раѓањето се прегледани, во најмала рака, од лекар акушер, а не е мал бројот на педијатри што ги прегледуваат и ги следат новороденчињата веднаш откако ќе се родат. Голем број акушерско-гинеколошки одделенија низ земјава станаа „болници пријатели на бебињата“, како што, впрочем, некаде во 2000 година стана и нашето во Струга. Располагаме со помагала какви што за првпат гледаме. И сега е вистинскиот момент да се иницира повисок степен на организираност на работа и во насока кон вродените луксантни состојби на колковите.

Тимот и ние во него сме како играчи *шутка*. Работата тече и никогаш досега не стивнала и не прекинала, но сепак ни треба „Pace maker“ што ќе ѝ координира, води, охрабрува, критикува, пофалува.

А „играчите“: акушери, педијатри и ортопеди се во „соблекувалијата“. Чекаат „пејсмекерот“ да го оформи тимот, да укаже на стратегијата и начинот на играта, и подготвен за „победи и успеси“ да „истрча на терен“ и да ја започне борбата.

Други, многу одамна пред нас, направиле така и еве победуваат – ги контролираат и најбрзо можно, најлесно можно, најбезболно можно, најевтино што може, ги анулираат вродените луксантни состојби на колковите од својата проблематика. Но за ова во делот кога кажувам која е целта на овој труд. Сега беше поводот тема. И да повторам, повод е немањето координација на тимовите и единствена методологија.

А што е со детето, убавото бенче од мојата младост за кое кажував?

Ве уверувам дека сега е сосема добра, здрава, среќна мајка на свои чеда. И не знаеш кое од нејзините две момчиња и една преубава девојка се поубави.

Убава е младоста, ќе се сложиме. Ние сме тута да научиме да живиме во убавината и да припомагаме таа да биде вечна и достапна за сите.

А Lorenz и неговиот гипс во ова среќно семејство се одамна заборавени. Го паметат само сега веќе подостарените дедо и баба.

И јас, верувајте.

И да не заборавиме, сепак сите сме на некој начин на крајот од краиштата благодарни на тој г-дин Lorenz.

А ние, тимот за кој зборував, со секој новооткриен случај, откриваме и една горчлива вистина. Откриваме дека за „толку“ сме знаеле помалку.

Тоа е повод повеќе за овој труд. Тоа е повод повеќе да научиме да работиме подобро, посложно, сите заедно.

ЦЕЛ НА ТРУДОТ

Нашата екипа, за жал, сè уште нема свој ортопед во својот состав, за сите новороденчиња и доенчиња да бидат прегледувани и од ортопед. Моите тридецениски заложби за тоа завршија само со зголемување на мојот ангажман и трудот на другите колеги педијатри. И сето тоа заради бирократски пречки.

Имено, она што требаше со сета своја стручна сериозност да го прави ортопед, повеќе од 30 години го правиме ние педијатрите и акушерите во одделот за новороденчиња при акушерското одделение во Струга и во советувалиштето при Детскиот диспанзер.

Екипата ни се состои само од луѓе со желба да се борат со вродените аномалии на колковите (покрај другото). Дури откако нешто ќе ни стане сомнително, на помош ги викаме најстручните, најкомпетентните – ортопедите. Е, тогаш веќе стануваме вистински

тим и борбата ја водиме заедно со нив: ние, децата и родителите докрај до комплетно ослободување од злото, маната, што ја викаме вродена исчашеност на колковите.

Се надевам дека притоа не импровизираме премногу. Дали сме во право ќе потврдат или ќе одречат резултатите што ќе бидат изложени овде, свесни дека дури следната генерација колеги ќе го имаат вистинскиот одговор, вистинската евалуација.

Сепак, едно е сигурно. Сесрдно се трудевме што е можно порано и побрзо во и после неонаталниот период да детектираме успешно што поголем број деца со наоди што побудуваат макар сомнеж дека, можеби, кај некое новороденче, доенче, мало дете се крие некаква вродена аномалија воопшто, а на колковите посебно.

Ако се има предвид прилично долгот период на студијава, а таа трае и продолжува со истиот интензитет, збогатен со огромното искуство, бројот на следените деца, кој сеближи кон 20000, бројот на извршени систематски прегледи во лонгитуда повеќе од 20 години, надминале 120000. Тогаш сакаме да веруваме дека нашата пионерска работа вредеше и целта сме ја постигнале. А нашата цел достигаше до тука, до поставувањето на првиот сомнеж. Потоа сите тие и такви деца, откако ќе им беше комплетирана сета документација и уредно завршено регистрирање, се препуштаа во надлежност на компетентни профили доктори, ортопеди.

Имавме и имаме скрънка околност што сме во близината на реномираната Ортопедска болница „Св. Еразмо“ од Охрид. Неретко се користеа сесрдните стручни услуги на Ортопедската клиника од Скопје и други центри низ поранешната заедничка држава. На тој начин нашата цел на некој начин се заокружуваше. Ние детектираме, а конечната дијагноза и понатамошниот третман целосно ги преземаа колегите ортопеди. Во понатамошниот процес на лекување и рехабилитација ние се вклучувавме преку постојан контакт со децата и родителите, низ редовни систематски прегледи и закажувани целени контролни прегледи и упатувања благовремено до толку потребните ортопедски контроли.

Ние, од наша страна, се трудевме ниедно дете да не остане само на грижата на родителите. Цел ни беше и ни е секогаш во одредени временски интервали да ги потсетиме, да ги повикаме и да го упатиме родителите и нивното „болно“ дете на ортопедска контрола. Тоа не беше секогаш лесно.

Низ раното откривање и лекување настојувавме во секоја генерација новороденчиња да има сè помалку деца што ќе имаат последична инвалидност заради оваа аномалија. Морам да нагласам дека трудов има за цел само да потсети на проблемот, да поттикне и

други ентузијасти педијатри за самопридонес кон откривањето на аномалијата. Нашата работа никако нема за цел поставување на конечна дијагноза и преземање процедури што се во надлежност на ортопедите. Ние само припомагаме во тимот.

Трудов има цел да поттикне на активно систематско трагање кон оваа аномалија, почнувајќи од новороденчињата во неонатолошките одделенија, бидејќи само така успесите од лекувањето се потполни. Уште нешто мора да се нагласи како стратегиска долгочарна цел на оваа иницијатива. Тоа е, секако, идејата дека конечно е време да се отвори едно, би рекол, национално, централно тело кое на некој начин ќе раководи со поголем број тимови составени од акушери, педијатри и ортопеди. Ова особено во неонатолошките одделенија на породилиштата, како и во детските советувалишта, односно во диспанзерите. Тие приближно би ги уедначиле ставовите и критериумите врз база на кои би ги детектирале сите сомнителни случаи веднаш или што е можно побрзо по раѓањето.

Ортопедите, радиолозите и ЕХО-дијагностичарите би се вклучиле во допрецизирањето и конечното поставување на дијагнозата. Ортопедските центри, како што се Оргопедската клиника, Специјалната болница „Св. Еразмо“ и сите други ортопедски одделенија, би биле седишта на координативното тело.

Пријавувањето и регистрирањето би било единствено. На тој начин само ќе можеме во дogleдно време да имаме компетентен, валиден и релевантен увид во состојбата на овој план на национално, државно ниво. Инаку, вака како што сега стојат работите, без координирана од едно место работа на секој центар во своето подрачје, без уедначени критериуми при дијагностицирањето, мислам, уште долго време ќе го немаме проблемот под целосна контрола.

А тој е тука, рековме, меѓу нас, меѓу нашите деца. И ќе биде, се разбира и понатаму, во и со секоја нова генерација деца. Значи, неопходна ни е единствена медицинска доктрина.

Работејќи го трудов, никогаш немав претензии да навлегувам во деталната теорија за етиопатогенезата, во прециznите дијагностички и сложените терапевтски процедури. Делот во кој зборувам за тоа, треба да биде разбран само како мал потсетник со кој сакам да дадам генерално објаснување за тоа што претставува оваа аномалија. Во тој дел за помош консултирај повеќе трудови, главно, на наши автори педијатри и ортопеди. Им должам огромна благодарност на сите автори чии знаења и искуства издашно ги користам и ги цитирам.

Јасно е и разбираливо тогаш зошто сите теориски вистини цитирани во трудов само генерално ја обработуваат теоријата. Сета научна мисла и вистина, сите искуства на компетентни стручњаци од оваа област, сепак, се наоѓаат во интегралните трудови на цитираните автори.

ПРИОД КОН РАБОТАТА

Предизвикот и интересот беа активирани од присуството на самиот проблем. Мојот колега и раководител д-р Ј. Ковачевски веќе беше почнал посебно да ги регистрира децата со вродена исчашеност на колковите. Беше тоа во далечната 1970 г. кога прв пат сочувствувајќи со болката на прекрасното бебче за кое што Ви зборував. Сочувствувајќи со неговата мака и ја осознав неговата тешка битка со Lorenz-овиот гипс. Знакот за аларм беше вклучен.

Моите први искуства почнав да ги собирам тогаш, работејќи како млад лекар во Детскиот диспанзер, следејќи ја работата на колегите Ковачевски и Коскоски, само малку постари од мене. Најблискиот педијатар во тоа време беше во Охрид. Најблиската ортопедска консултација и третман се одвиваше уште веднаш во тогашната „Специјална болница за коснозглобна туберкулоза“ во Охрид.

Трагањето по аномалијата беше, би рекол, повеќе спонтано и кампањски. Клиничкиот преглед на колковите се одвиваше во рамките на вообичаените лекарски прегледи на болните деца во нашиот диспанзер. Тие, пак, беа дошли на преглед заради различни здравствени проблеми.

За „ехо“ - дијагностика во тие времиња сè уште не знаевме. Заради тоа, по навршените 5-6 месеци старост, децата кај кои клиничкиот преглед наметнал сомнение или пак можеби открил некој од карактеристичните знаци за оваа вродена мана, беа прегледувани радиолошки. Во тоа време во нашиот Медицински центар имаше само рендген-кабинет во кој работеше еден техничар. Снимките ги читавме сами, бидејќи радиолог за толкување на истите или немавме или доаѓаше одвреме-навреме од Охрид. Сепак, во тоа време неговата, иако повремена, помош беше од огромно значење.

Во гинеколошко-акушерското одделение новороденчињата ги следеше тогаш единствениот специјалист, акушер. Можностите за некое поопстојно, целосно и систематско следење на аномалијата кај новороденчињата, во тие услови, беше мошне мала. Состојбата

ја влошува податокот што тогаш преку 70% од раѓањата се вршеа дома, без било каква стручна помош или евентуално од страна на бабица (види таб.).

Бабичкиот курс или училиште во тоа време траеше „полни“ 2 години по завршеното VIII одделение.

За среќа, годините што следеа со брзо темпо ја менуваа кадровската екипираност на нашиот центар. Така, веќе во есента на 1975 г., со завршувањето на специјализацијата, јас бев третиот педијатар во Струга.

Сега веќе сè беше поинаку, сè беше полесно.

Новороденчињата ги следевме ние, педијатрите, а и акушерската екипа веќе броеше од неколкумина. Со секоја година бројот на домашните раѓања беше сè помал. Се создадоа услови и за по-сериззна работа во Детското советувалиште. Во рамките на работата на советувалиштето почнаа да се изведуваат редовни планирани систематски прегледи. Многу набрзо се оформи и единствена картотека што ги опфаќа децата уште од акушерско-неонатолошкото одделение, и тоа како од седиштето (Струга), исто така и од сите пунктови и подрачни – селски амбуланти на теренот. Кон нив гравитираат 30-ина села, а ние се трудевме и, главно, успевавме во тоа да ги опфатиме сите со систематски прегледи, сите или барем што е можно поголем број деца.

Во меѓувреме, во раните 70-ти години, во нашиот Центар веќе неколку години работи наш, мошне успешен радиолог, д-р Г. Милошоски, кој сесрдно станува вистински член на дијагностичкиот тим. Во почетокот, мал беше бројот на радиолошка потврда на нашиот сомнеж DCC. Колку нашето искуство се збогатуваше, толку и негативните одговори од нашиот радиолог беа поретки. За тоа време во, за нас блискиот, Охрид новороденчињата, покрај педијатар, секојдневно уште во неонатолошкото одделение ги прегледуваше и ортопед.

Тамошните новороденчиња имаа повеќе среќа од нашите.

Во нивното советувалиште, радиолошката детекција беше и остана практика. Набрзо, би рекол меѓу првите во Републикава, нашите колеги од Охрид почнаа да ја применуваат и ултрасонографската техника, метода со која, за жал, ние сè уште не можеме да се пофалиме, барем не во масовна скрининг опфатеност.

А скоро 2 децении во Заводот за дијализа, а нешто подоцна во нашиот центар, успешно работат и „ехо“ дијагностицираат: интернисти, урологи, акушери, педијатрички кардиолог, интернистички кардиолози и др. Очигледно, некои бирократски пречки се

испречиле пред нас. Или, можеби, не бевме самите ние доволно настојчиви и упорни во тоа, та еве заостануваме зад нив.

Сепак, на нашите деца и таа, како и сите други дијагностички неопходни процедури, не им недостасуваа. За возврат го имаа нашиот огромен ентузијазам и желба за сè подобра, поорганизирана и постручна работа во Советувалиштето. За другото сесрдно помагаа секогаш подготвените колеги од Болницата „Св. Еразмо“.

Во минатите времиња се ангажираа и надворешни ортопеди, кои еднаш неделно доаѓаа во Струга, прво во нашиот Центар, а потоа и во Заводот за дијализа и ги прегледуваа веќе издвоените деца. Прво доаѓаше нашинецот д-р А. Цветкоски од Белград, а потоа и д-р К. Ветероски од Скопје и заедно со нас работеа на оваа проблематика. Сите сомнителни случаи, обработени преку неделата, се контролираа од нив и, доколку беше потврдена дијагнозата, беа соодветно третирани во една од нашите ортопедски установи.

По неколку години, сè се сведе на најблиска соработка со колегите ортопеди од Специјалната ортопедска болница „Св. Еразмо“ кај Охрид. Таа соработка секојдневно се продлабочува и трае до денес.

На тој начин се заокружува „тимското“ работење. Со доаѓањето на педијатар – неонатолог, кој работи исклучително во неонатолошкиот оддел, новороденчињата веќе веднаш по рафањето се прегледуваат од евентуална вродена луксантна состојба на колковите. Прегледот до скоро беше исклучително клинички. Во 2002 г. веќе е набавена и ултразвучна технологија и техниката е во тек на вклучување. Се надеваме дека ваквата неонатална ехосонографска скрининг-метода кај сите новороденчиња и млади доенчиња ќе ги даде со право очекуваните резултати.

Како се организираме и кои битни потешкотии нè оптоваруваа во работата?

Веќе напомнав дека во Советувалиштето се оформи единствено компјутерско регистрирање на децата, почнувајќи од март 1983 г. Со секоја година опфатот на популацијата растеше за да достигне 85—90% од сите деца, зависно од структурата на населението и местоположбата на населбата (види таб.).

Овде би сакал да напоменам дека средината во која работевме, особено во почетокот на 80-те години, на овој план не ни беше многу наклонета. Тоа станува јасно, ако се имаат предвид некои битни особености што се, односно што беа карактеристика на населението на Струга и Струшко.

Ќе се обидам накратко да ги опишам тие особености. Убеден сум дека проблеми од таков вид колегите од некои други средини и

консталација на односи, навики, традиции, немаат или имаат, но во мошне поблага форма.

Населението на Струга и Струшко е мошне мешано и различно, како според националната, исто така и според конфесионалната структура. Ова не би било од интерес, ако разликите во приодот и прифаќањето на лекарските контроли и дијагностичко-терапевтски процедури кон ЛСК не се толку многу големи. Се граничат од слаб интерес, преку игнораторски однос до обврено одбивање од страна на родителите. Тоа е особено во некои средини, во некои села, а три четвртини од населението е токму селско. Заради ваквиот однос, кој долго траеше и во почетокот беше масовен, во редовното работење, покрај другата документација за која ќе стане збор нешто подоцна, оформивме формулар – изјава. Баравме од родителите да се потпишат и да потврдат дека се известени дека нивното дете има ЛСК и дека треба и мора да се лекува. Во таа изјава, на најразбиралив начин, е назначено какви ќе бидат последиците доколку родителите одбијат благовремено да го лекуваат детето. (Изјава)

Колку сето тоа создаваше потешкотии објаснува фактот што родителите, мошне подлежни на некои вековни верско-празноверски навики и традиции во одгледувањето на децата, врз ваквите изјави место потпис, ставаа отпечаток од прстот (беа неписмени). Тоа укажува на страотната висока стапка на неписмени или описменети родители, но онолку колку само да можат името да си го напишат. Делува чудно кога зборувам за период по 1970 година, но во мојот крај тоа сепак беше жална вистина. А беше тешко, претешко да се работи со нив. Многу сум среќен што сега од оваа временска дистанца, за тој сериозен проблем, неписменоста, зборувам од историски аспект, како факт е заминат во минатото.

Друг проблем претставуваа (во некои средини и сè уште, иако во поблага форма) малолетничките бракови. Тие генерираат голем процент на бремени и родилки, *жени*, пред да станат полнолетни, односно пред да наполнат 18 г. Имавме и имаме случаи за кои сакам честопати да речам: „Мајката станала мајка пред да стаса да стане жена“.

Друг проблем е многудетството (види таб.).

Во мојот крај многудетството, особено кај населението со муслиманска вероисповед (Албанците и исламизираните Македонци) е особеност. Во последните години ова е во нешто поублажена форма, но во времињата што ми се во живо сеќавање ретко беше семејство со помалку од 5-6 деца. Бележиме дури и повеќе од 9, односно 10 деца во еден брак.

Вака големиот број на раѓања, секако, носат голем број ризици, како за мајката родилка, исто така и за плодот.

Овој проблем беше мошне многу и мошне долго време присутен кај нашето население (види таб.).

Акушерската контрола на бремената жена во тоа време беше „забранета тема“. Затоа и толку голем број домашни раѓања. Иако проблемот со малолетните родилки и мајки до ден-денешен стои, она за акушерската контрола и домашното раѓање, за среќа, останува во историјата. (таб.)

Општина Струга беше една од деветте општини во поранешната СР Македонија вклучени во „Републичката акциона програма за намалување на превисоката доенечка смртност“. А таа како придржник на огромниот наталитет, природен прираст и многудетство во семејствата, особено во одредени средини, беше највисока во Европа.

Колку за пример. Во подрачната амбуланта во с. Ливада, кон која гравитираа 9 села со околу 7—8000 жители, претежно од албанска етничка припадност, во годините кога таму работев како стационариран лекар некаде во мојата младост, смртноста на доенчињата изнесуваше старатни 166 промила. (види таб.)

Требаше многу труд и самопрегор за да се работи во средина со население кое губи толку многу доенчиња пред тие да го доживеат својот прв роденден. За причините за тоа овде не би зборувал.

Нешто што беше карактеристика на сите, без разлика на сè друго беше начинот на кој новороденчињата и доенчињата се облекуваа – повиваа.

Нашата борба да се откоренат навиките за тоа беше навистина исцрпувачка и траеше долго, долго. Бебињата личеа на „векни“ од леб. Некои велеа: „Детето мора да биде повиено така и стегнато така да личи на фишек“ (фотос). Таквиот начин на повивање беше вековна навика и традиција. Во секој бебешки комплет од пелени, постилци и др. потребитини, мораше да има специјални (индустриски изработени), така наречени, повои. Беа тоа ленти од ткаенина со ширина од неколку сантиметри, а долги околу 2 м. Тие служеа за на крај откако детето ќе биде завиткано како „фишек“ со постилците и пелените, да се обвите и врзе со лентата (повојот). Од детето можеше да се види евентуално само дел од лицето и окцата што сиркаа.

При таквото повивање, екстремитетите и горни и долни, заземаа сериозно принудна положба. Рацете сосема испружени крај телото, а нозете во максимална екstenзија и лесна внатрешна ротација. Möglichkeit за било какво движење со нив беше сведена на евен-

туално „помрднување“ на некој подослободен прст и само очите и клепките.

Колку сето тоа силно стегање и врзување било навистина цврсто зборува фактот што кога ќе се ослободеше детето, ќе се отповиеше, на кожата трагите од ткаенината беа, речиси, врежани и траеја, долго.

Тоа се правело со векови така, а заради спречување можност нешто да се „отчashi“ кај детето при манипулирањето со него. И сега ние бевме тие „еретиците“ кои се осмеливме и осиливме да ги преубедуваме родителите дека не требало така. Дека за да се избегне, оневозможи манифестирање на евентуалниот ризик од вродена исчашеност на колковите, детето не само што не треба да биде така повивано, како фишек, ами напротив требало нозете да бидат држани во карактеристичната физиолошка положба.

И ајде сега убеди ја мајката во тоа, а за бабата и другите околу неа имај храброст и обиди се!

Секој ќе згреши, ќе се огрени многу кон нас и сличните на нас од тие генерации што нема да поверува колку беше тешко да се убедуваат родителите, особено постарите (дедовците, бабите и другите) дека бебето треба да се држи онака „расчепатено“, раширено во нозете.

„Докторе, ќе ми го расчепатиш, расчерчиш детето“, велеа. Ова е често слушана реченица. Многумина нè сопираа во самиот преглед. Во очите им читавме не само недоверба, ами честопати и бес. Многу често се чекаше детето да прооди, та потоа да се преземаат евентуално мерки доколку при одењето кривење, куцаше. (изјава за одбивање)

Ете, така беше тогаш. Но, благодарение на многу силниот и брз раст на едукациско-општествениот и културен стандард на нашето население, многу од кажаното сега е само „фајл“ во нашата близка историска фактографија.

Сега е веќе лесно.

Ретко среќаваме неписмени родители. Сè поретко има дете родено како десетто од мајка која личи на излитена старица, а има само околу 33—34 години. Каде ли отидаа жените мајки, кои во животот имале само една или неколку менструални циклуси (остатокот од животот по првата или неколкуте првични менструации го поминале минувајќи од лактација преку нови бремености до менопауза).

А имавме, навистина имавме многу такви случаи.

Затоа сега е реткост мајка која ќе дојде во гинеколошко-акушерското одделение да го изврши актот на породување, а притоа

претходно да не направила повеќе акушерски клинички, лабораториски и ехосонографски контроли.

Затоа велам дека сега е веќе лесно.

Лесно ни е затоа што, место да се занимаваме со овие и вакви странични проблеми, нашето внимание и стручен ангажман можеме сосема да ги сконцетрираме на проблемот со кој сакаме целосно да се соочиме. Соработката од родителите ја имаме, иако не секогаш и кај сите, но барем во задоволителен обем.

Децата ни се тука, довербата е растечка, нема „фишеци од деца“. Напротив, широко повивање е нешто за што скоро и да немаме по-сериозна потреба за разговор и убедување со родителите. Повоите сега ги нема во ииеден бебешки комплет.

Радува фактот што од најокоравените средини доаѓаат родители и инсистираат на одговор на своето вообичаено прашање: „Докторе, дали ни е детето *ивчашено* (за едини), *исчашено* (за други). Често е и прашањето: „Дали се доволни две или, можеби, треба три пелени меѓу нозете“.

Овие се „сипл“ - работи, но до нив дојдовме со многу маки, објаснувања, убедувања, успеси и неуспеси, караници, недоверби и ...

Требаа години и литри излачен адреналин, но стигнавме.

И добро е што е така.

Наградата се вика многу помалку Lorenz-ови и какви се ли не гипсови, Hilgenreiner – ови и други апарати и апаратури и сл. И да не ги заборавиме многубројните крвави репозициони методи по Sullterli или мнозина други, не ги ни паметам веќе. Ете, сум ги подзаборавил старите, а има и нови методи што се користат во третманот на оваа аномалија. Очигледно, не ги знам сите.

Како сме организирани?

Советувалиштето е нешто вградено во свестта на секоја мајка родилка, на секое семејство. Веќе е вообичаена навика, речиси без исклучок, родителите, божем одат на редовна „миса“ на денот на раѓањето на нивното новороденче, доенче, да бидат спремни и „ритуалски“, со посебно чувство на пријатна неизвесност, онака целосно фамилијарно да појдат на контрола на систематски преглед во советувалиштето.

А тој, мигот е прекрасен кога ќе слушнат како на мајката, затоа што го доела детето, на таткото затоа што припомагал притоа, на бабата, на дедото, на сестричката или братчето, на сите ќе им честитаме за тоа што нивното бебе одлично напредува. Ќе им честитаме затоа што е здраво, весело и крепко. Мигот е за паметење за сите.

Со првото доаѓање, мешне брзо по рафањето, кога детето ќе ја прими првата вакцина, првото BCG, се впишува во компјутерски регистар. Го добива својот единствен компјутерски матичен број, потоа комплетната здравствена грижа, грижата за растот, развојот, напредувањето и сите евентуални отстапувања од идеалното, вклучително луксантните состојби на колковите, се наша грижа и должност што со задоволство ја исполнуваме и во оваа четврта деценија.

Немаме којзнае какви богато опремени простории, услови, апаратури. Но сме богати со желби од скромните услови да блика: нашата грижа, совесност, себевграденост, упорност и, се разбира, острчленост во пристапот кон нашите дечиња, кон загрижените родители и сите чиј центар на вселената е детето.

Советувалиштето, сепак, ги пружа основните и минимални просторни и микроклиматски услови, како и за сè друго, колкчињата да бидат уредно клинички прегледани.

Се трага со фанатичка упорност и интерес кон сите клинички знаци: ограничната абдукција, крепитациите, асиметријата на кожните бразди, скратувањето, односно различната должина на долните екстремитети, натколениците, „шетањето“ на трохантерот и др. Серизно се бараат податоци од семејната и фамилијарната анамнеза. Задолжително се внимава на сè што впишал неонатологот во родилното картонче.

Ако макар и во најмала мера се јави сомнеж или прегледот бил заради различни причини нецелосен или помалку успешен, истиот се презакажува, а потоа по потреба детето веднаш се испраќа за ехосонографски и ортопедски преглед во Специјалната ортопедска болница „Св. Еразмо“ кај Охрид.

Сите битни податоци се впишуваат и се меморираат во огромната банка на податоци во силиниот персоналец.

Следните прегледи што доаѓаат по првиот направен 30 дена по рафањето, следат на датумот на рафање секој месец. По рафањето, тие се однапред планирани и подгответи. Родителите се упатени во неопходноста од карактеристичното широко повивање. Тоа веќе сите го знаат, вклучително и првортките. Која е физиолошката положба на нозете на детето ја знаат сите мајки. Знаат како треба, иако не ни помислуваат дека се работи за некаква си флексија во колената и колковите и лесна надворешна ротација. Овие и некои други имиња не им значат совршено ништо. Битно е што знаат како треба да биде „повиено“ нивното бебе.

Во месеците што следат близкоста со родителите расте, детето повторно и повторно се прегледува секогаш како да е првпат кај

нас. Ако во првите 3-4-5 прегледи нешто ни било сомнително, сме советувале максимално широко повивање и вежби (за тоа практично сами ги обучуваме родителите), тогаш се одлучуваме за радиографска контрола. Претходниот клинички наод, евентуално направениот ехосонографски преглед, се докомплитира и со радиографскиот наод. Период е тоа кога веќе кај мнозинството деца се јавуваат јадрата на окоснување.

Ваквите наоди, крунисани со ортопедскиот преглед во болницата „Св. Еразмо“, укажуваат на точната дијагноза. Може ли да се опише среќата на родителите и задоволството наше кога кај веќе поодраснатото доенче на 5-6 месечна возраст, ортопедот во меморандумот ќе му запише „SMO“ (*sine morbo ortopedico*).

Ако, пак, не биде така, ние сме сè уште тука, нели?

Ќе почекаме уште некој месец, ќе се трудиме, ќе се гледаме почесто од вообичаено, но на крајот сепак ќе си честитаме ние и родителите кога истиот тој ортопед ќе мора, се разбира да ни го напише она присакувано SMO. Детето е конечно излекувано.

Желба ни е секогаш да ни напишат така, а денот да биде што порано!

Вака работиме еве веќе 3 децении. Списокот на децата поминати низ советувалиштето расте секојдневно, а нивниот број сеближи кон 20 000. Бројот на прегледите одамна ја надмина бројката 120 000 (табела).

Расте и списокот на децата што за овие 30 години имале несреќа еволутивниот розвиток на еден или двата колка да се движи по несакана насока и да ги води кон ортопедските установи со кои соработуваме. Тој список, сепак, за среќа, не се разликува или не се разликува многу од списокот што ги содржи и имињата под кои ортопедите на крајот напишале SMO – децата биле излекувани. Во „датотеката“ во нашето советувалиште во делот-фајлот што го обработува проблемот на колковите, една – пет – десет – осумнаесет години подоцна стои:

LCC – нема;

Дали имало LCC? – да;

Дали се лекувало – да;

Дали е излекувано – да;

Последици – нема.

Тогаш, 18 години подоцна, си подаваме рака, овој пат со нашето некогашно бебе. Се ракуваме и си велиме: **Доѓедање**.

Јас секогаш додавам: „Ве чекам со Ваше бебе“. За него, сега веќе однапред, уште незачнато, знам дека ќе биде сосема здраво.

Јас очигледно се занесов.

Ајде да резимирам кои се методи на работа се практикуваат во нашето Детско советувалиште во Струга?

Прво и основно ни е клиничкото, масовно, систематско и лонгитудинално трагање по симптомите што ги карактеризираат вродените луксантни состојби на колковите.

а) Клиничкиот преглед треба да укаже на постоење односно отсуствот на симптомите:

1. Тест на провокација на евентуална сублуксација (Kolman – Barlov – Palmen-ов знак);
2. Тест на репозиција – враќање на дислоцираната главичка на фемурот во чашката на зглобот (Damani-Ortolani-ев тест);
3. Тест на абдукција на колковите;
4. Крепитации во колковите при абдукцискиот тест;
5. Асиметрија на бутните кожни набори;
6. Евентуално лопшу држење на едната или на двете нозе;
7. Различна должина на долните екстремитети;
8. Фамилијарна анамнеза за вродена луксантна аномалија на колкови;
9. Дете родено со ризик за оваа аномалија (карлична презентација, недоносеност, односно незрелост, рафање со царски рез, интраутерина малпозиција и др.);

б) Ултрасонографска детекција;

в) Радиографски преглед;

г) Ортопедска консултација.

Битен елемент во нашиот начин на работа е масовноста. Се инсистира на што е можно поголема опфатеност на децата со систематски прегледи. Тие се вршат еднаш месечно точно на датумот на рафање, почнувајќи од првиот месец, па 12 пати во текот на првата година заклучно со првиот роденден. Понатаму прегледите се вршат тримесечно до 8-годишна возраст.

Кај децата кај кои е откриена некоја, вклучително и оваа аномалија, покрај редовните, се прават и вонредни почетни прегледи. Тие посебно се закажуваат.

Секогаш се користат консултативно-специјалистичките ортопедски прегледи, најчесто во специјалната болница „Св. Еразмо“ - Охрид.

Се инсистира, и на редовност, и на долготрајност (до 18-годишна возраст) на периодичните контроли кај овие деца. Се користат специјални покани, а најчесто се контактира со родителите телефонски. Тоа овозможува сеопфатност и целосен увид во секој регистриран случај.

Компјутерот што го користиме од 1983 г. и вградениот програм овозможуваат брз, лесен и целосен увид во секој момент за секое дете и за секој преглед. Веќе е кажано дека се работи за околу 20 000 деца и повеќе од 120000 прегледи. За миг се добиваат, се издвојуваат сите или секое дете посебно кај кое е откриена аномалија.

ДЕФИНИЦИЈА

За што всушност станува збор?

Повеќепати употребив израз „вродена аномалија на колковите“. Тоа е вроден абнормален развиток на анатомските структури на зглобот на колкот. Во нив се вбројуваат 'рскавично-коскените структури на ацетабулумот и горните делови на фемурот (главичката – капитулумот) и околу зглобните меки делови – (Серафимов).

Кепески за оваа вродена аномалија зборува како за „луксантна аномалија на колкот“, напоменувајќи дека најголем број автори го користат овој израз.

Долго време аномалијата се поистоветувала со нејзиниот најизразен еволутивен степен – луксацијата, па се нарекувала LUXATIO COxae CONGENITA (LCC). Но, како добар дел од луксациите не се јавуваат веднаш по раѓањето, ами (во некоја форма) подоцна, тоа како да го оспорува именувањето „вродени“. Покрај тоа, многу од овие состојби по раѓањето се манифестираат само како нестабилност на капитулумот, оттаму и името „Luxatio“ е неадекватно.

Наспроти фактот што по раѓањето немаме толку луксации, ами појава на промени во зглобот што го прават подобен – луксабилен – предиспониран за развој на луксација, Hulgenreiner ваквите состојби ги детерминира во поимот „недоразвиен колк“, односно дисплазија како последица на ембрионални грешки и потешкотии. Недоразвиеноста на зглобот, според него, може да биде сама за себе или во различна комбинација со сублуксација или луксација.

Овие термини се радиолошки, а радиолошката дијагностика во неонаталниот период не се практикува и е несигурна – се одбегнува од повеќе причини. Многу автори користат други клинички детерминанти, како што се:

1. колк што има тенденција за луксација (Froelich, Ortolani);
2. луксабилен колк (Le Damany);
3. нестабилен колк (Brecelj);
4. прелуксација (Palmen);
5. дизлокабилен колк (Barlow);
6. карлична нестабилност (Andren) и др.

Златко Сабол и Ј. Врдолјак зборуваат за луксабилен, луксиран и лабав колк. Примарно нестабилниот колк (ПНК), луксиран или сублуксиран, не мора да биде диспластичен, односно не мора да има стрм или плиток покрив на ацетабулумот.

Нашите автори, предводени од доајенот во оваа област Кепески, го користат терминот „нестабилен колк“. Овој термин има пошироко значење, а сепак не сугерира, а и не одрекува појава на дисплазија.

Еволуцијата на оваа нестабилност констатирана непосредно по раѓањето, може да продолжи кон спонтана нормализација или кон дислокација од различен степен. Со ултразвучно поставање на сомнение и со радиолошката потврда по петтиот месец од животот, ќе се помести во групата на дисплазија, сублуксација, луксација или нормален колк. Сепак, во секојдневното работење, оваа аномалија третирана во целост, се нарекува најчесто како дисплазија (DCC), што ги опфаќа сите степени на аномалија. Таа носи некаков интраутеринен белег.

Непосредно по раѓањето, може да се манифестира како неразвиен колк, за подоцна во доенечкиот период, односно раното детство или дури воadolесценцијата да се манифестира како сублуксација или фиксна луксација (Класиќ, Пајик).

Почесто се јавува кај женски деца, почесто при карлична презентација на плодот, почесто унилатерално, и тоа на левиот колк, почесто во некои географски одредени простори.

Различни региони, рековме, имаат различна инцидентност, па според тоа и различен приод кон неа. Јужна Европа има поголема од нордиските и англосаксонските предели, Јапонија повеќе од Кина и Индија, Африка има најмала инцидентност. Има ендемски краеви -Бретања во Франција, долината на реката По во Италија, долината на Зета во Црна Гора, островот Крк. За југословенските простори реферира Брецељ седумдесеттите години од минатиот век, и тоа од 0,4 до 3,24% инцидентност.

За нашата земја, за жал, сè уште нема една сеопфатна целосна студија за сето подрачје. На тој план имаме повеќе поединечни изолирани трудови.

Оваа вродена аномалија, позната одамна, уште од пред два милениума, сè уште предизвикува сестран интерес кај педијатрите, акушерите и ортопедите ширум светов.

Такашманов ја гледа и од една друга, општествена димензија. Тој напоменува дека се работи и за социо-економски проблем, како во регионалната исто така и во целокупната патологија.

Вака детерминираната дефиниција ја проширува и ја уточнува Прилепчанска, навлегувајќи на некој начин во објаснувањето на суштината на аномалијата. Според неа, се работи за вродена аномалија што настанува во доцниот интраутеринен или во раниот екстраутеринен период. Се јавува како последица на некоја малпозиција на долните екстремитети на плодот „*in utero*“. Таквата малпозиција предизвикува одредени абнормални механизми што во понатамошниот еволутивен развиток на зглобот водат кон можна аномалија од различен степен. Истата може во развитокот да биде стопирана во било која фаза.

Скоро сите автори што ја дефинираат оваа вродена аномалија се сложуваат дека и денес, два милениуми подоцна од првиот опис, не се докрај разрешени сите проблеми со дијагностирањето, со третманот и особено со предвидувањето на еволуцијата што секогаш трае.

Веруваме на научникот кој рекол дека: „Ниту еден лекар, ортопед, кој се зафатил со решавање на оваа проблематика, до крајот на својот работен век не доживува да ги види резултатите од својот труд и работа“.

Евалуацијата на успесите или на неуспесите од таа работа е во домен на некоја следна, втора генерација лекари: ортопеди, педијатри.

Раната дијагностика, а особено диференцирањето на поедините степени во текот на развитокот на оваа аномалија сè уште се сериозен проблем. Ова посебно кога станува збор за еволутивниот развиток на зглобот кон луксација или кон нормализација.

Систематската работа на раното откривање, а потоа лекување и рехабилитирање, датира од 1935 г. и е поврзано со името на М. Ортолани. Се мислено дека проблемот е решен со раното откривање, но во последно време сè поголем број автори укажуваат на фактот дека и покрај систематското и најангажирано работење врз рано откривање и лекување на оваа аномалија, сепак проблемот стои. Тоа произлегува од сознанието дека е голем бројот на деца со патолошка состојба на колковиот зглоб што започнува да се манифестира (а со тоа овозможува и нејзино откривање) подоцна во детството, односно воadolесценцијата. Во принцип, пак, таквите случаи се и покомплицирани и потешки, а оставаат и поголем инвалидитет и почесто завршуваат со најразлични степени на дегенерација на зглобните структури.

Оттука и сè погласното инсистирање на најголема внимателност во тринаесеттиот месец, а и подоцна. Затоа инсистирањето на најмалку 4 – 5 годишни систематски прегледи на сите деца, без

разлика и постари од една година. На тој начин единствено може да се предупреди „задоцнетата патологија“. Само добро организиран тим, кој перманентно и целосно ја следи проблематиката на колковите, има шанса на својот наследник, тимот од втората генерација педијатри – ортопеди, да му предаде податоци што ќе помогнат евалуацијата да даде наистина позитивни резултати. Тоа значи помалку инвалиди, помалку интервенции (оперативни и ортопедски), помалку материјални трошкови и конечно помалку загрижени родители, помалку боледувања...

Оттука нашата служба, ја презеде и задачата особено во Детското советувалиште уште во раните 70-ти години да отпочне со систематско лонгитудинално следење на овој проблем.

Пионерски беше трудот на Ковачевски, Коскоски, Матоски во 1972 г., кој даде прв осврт врз овој проблем за Струга и Струшко. Оттогаш, за изминатиот три децениски период, извршивме преку 120 000 систематски прегледи, следиме повеќе од 20 000 деца.

Сега, еве, правиме обид за поцелосна евалуација на резултатите од нашиот труд. Сметаме дека:

— сè уште во нашава земја нема ниту еднаков период кон организираното рано откривање и лекување на оваа состојба, ниту доктринерен став меѓу различните профили на лекари и специјалности;

— нема ниту еден објавен целосен труд за инциденцата на оваа состојба за целата Република за подолг период. Први напори се направени од страна на доајените Кепески, Баланчески, Серафимов, Прилепчанска, Пренда-Нича и др.

Им веруваме на авторите кои укажуваат дека висок степен на работна инвалидност во најактивниот, најпродуктивниот период на човекот се должи точно на вродената аномалија, односно патологија на колкот, која, ако доцна се открие и неадекватно лекува, секогаш резултира, во најмала рака, со коксартрози во зрелата добра.

Луксантната аномалија на колковите е и најчеста мана на локомоторниот апарат на новороденчињата и на доенчињата. Сепак, малкумина ентузијасти во нашава земја се занимаваат со систематска и долгорочна генерациска работа на овој проблем. Ова, можеби, затоа што таа работа треба да трае сè дотогаш додека дојде време да ја продолжат луѓе стручњаци од следната генерација ентузијасти.

Фондот за здравство сè потешко и пореструктивно приоѓа кон решавање на проблемот на материјалните трошкови и конечно

неопходната потреба од оправдано продолжено и платено отсуство на макар еден од родителите на болното дете од работа.

И ние укажуваме, како и многу други, дека е неспоредливо поевтино, поефикасно, похумано и поуспешно лекувањето, ако по пат на систематски прегледи порано, најрано можно, бидејќи откриена било каква вродена аномалност вклучително на колковите.

За да може да се пофалиме дека сме допринесле за намалување на бројот на инвалидите од овој тип а на генерацијата лекари што ќе нè замени да ѝ дадеме доволен материјал, па и список со имиња на лица чии состојби допрва ќе може да ги свалуира, уште во 1970 г. си поставивме задачи. Тие се по примерот на колегите од Војводина, во поранешна Југославија. Еве некои од нив:

а) да се организира тимско, лонгитудинално, долгорочко следење на сите деца без разлика;

б) после одреден временски период, да се согледа состојбата во смисла на инциденца, преваленца во зависност од местото на раѓање (дома или во болница) и особено на живеење (град-село);

в) во зависност од полот и националноста, фамилијарната или, можеби, наследна предиспозиција, да се бара евентуална поврзаност меѓу тие фактори;

г) да се бара евентуална меѓузависност на начинот на раѓањето, навиките и обичаите на средината од која децата потекнуваат, а во смисла на негата (облекување-повивање) и др.;

д) конечно наша задача е да имаме што помал број доцни откриени, помал број лекувања со интервенции – ортопедско, хируршки, помал број инвалиди, но и не помалку систематска лонгитудинална работа на следниот – млад стручен тим.

Првите чекори во оваа насока кај нас, рековме, ги направија Кепески, Баланчески, Прилепчанска, Такашманов, Келкоцев, Пренда-Нича и др. Во рамките на заедничката СФРЈ се познати поголем број автори кои го трасираа патот по кој чекориме денес за што им искажуваме длабока благодарност.

ИСТОРИЈАТ

За многу патолошки состојби и заболувања, аномалии, абнормалности, денешните и авторите од поблиското или од подалечно минато, првите сознанија и описи ги наоѓаат во историските документи, аманети од видни и знаменити луѓе кои твореле многу одамна. Кога се зборува за историски документи, не се мисли секогаш и

само на пишани, ами во најшироката смисла на зборот. Некои од нив навистина датираат од антиката.

Така, за оваа аномалија, првите документи датираат дури од пред нашава ера. Познато е дека уште Хипократ направил научна основа – опис на оваа аномалија. Тој ја објаснува како последица на физичка повреда на плодот во мајчината утроба. Описува различни степени на оштетувањето во зависност од тежината, видот и времето кога се случила траумата. Откако ќе ја утврдел, ја лекувал како и сите други трауматски исчашувања.

Забележал мудро: колку порано ќе откриел дека детето има ваква повреда, настаната макар и пред да биде родено, толку по-лесно и поуспешно ја лекувал.

Времињата одминувале, а овие сознанија некако предолго траеле.

Требаше да се појави *Ambroise Pare* кон крајот на XVI век за да се лансираат помодерни сфаќања. Тој, имено, врз база на дисекциони сознанија, направил и први анатомски описи на исчашените колкови.

Во 1778 г. *Pallata* и во 1826 г. *Dupuytren* прават подетална и поцелосна научна анатомска и клиничка дескрипција. Нивниот заклучок базиран врз искуството бил дека аномалијата сепак е неизлечлива.

Кон крајот на XIX век *Von Rozer* го лансира прашањето и значењето на раното откривање како битен елемент за успехот на лекувањето.

Имало безброј обиди за неоперативно, често пати и оперативно репонирање на исчашениот колк. Заклучокот, за жал, секогаш бил „*неусјем*“. Ретките успешни репозиции, се толкувале како случаи што и без тоа, би имале еволуција кон спонтана нормализација.

Сепак XIX век завршува со автори како *Pogi* и *Paci*. Првиот успешно излекувал со конзервативна, а вториот со оперативна репозиција.

Конечно бил рефериран успех.

Мошне впечатливо во тие последни години на XIX век се наметнува Lorenz. Тој ја конкретизира својата метода на лекување. После некрвава репозиција, пласира гипс како би ги задржал долните екстремитети во веќе постигнатата репозиција на главата на фемурот во неговата чашка. Методата се практикувала видоизменета и доусовршувана долго време. Сепак била често компромитирана заради последичните асептични остеохондрити кои и не биле многу ретки. Додатно и сите други последици врз меките ткаења на бутовите, ги тераат авторите на изнаоѓање подобри,

поуспешни и похумани методи на лекување на вродените луксантни состојби на колковите.

Почетокот на XX век ги исфрла на преден план авторите Kalo (кој го истакнува феноменот на прескокнување во зглобот) за да L'Damani и Hilgenreiner го опишат во детали.

Прескокнувањето во зглобот кое со сигурност ја открива дијагнозата, како да ги одново подгреал надежите за можно целосно излекување.

Триесеттите години на XX век Gallowey и Colloman по кој знае кој пат ја афирмираат оперативната техника за репозиција на исчашената глава на фемурот.

Успесите се мали а последиците лоши и чести.

Тоа го свртува вниманието кон некои нови палијативни методи. Сепак, во името на Ortolan i од Фераре во Италија, голем број лекари, педијатри и ортопеди гледаат како на голема нова шанса и надеж. Овој пат со воведувањето на широко, сеопфатно, систематско, рутинско трагање со цел за рано откривање на аномалијата. Тоа овозможува и многу рано започнување со лекувањето на луксираните зглобови односно спречување на развиток на еволуција на зглобот кон луксирање. Ваквиот начин на работа вродува историски резултати.

Покрај генетските етиопатогенетски причини, лошата позиција на колкчињата на новородчињата и доенчињата предизвикана од класичното повивање на децата, се смета за една од главните причини. На големо се пропагира модерното широко повивање на децата. Се води вистинска општа кампања против повивањето на децата во положба на максимална екстензија со внатрешна ротација на долните екстремитети. Повојот се прогласува, без малку, за еден од главните виновници, секако, со намера полесно да се убедуваат родителите за неопходноста од широко повивање.

За убедливоста да биде поочевидна, се користи примерот со некои народи, како што се Циганите, на пр., кај кои, според традицијата, доенчињата скоро и да не се повиваат. Нивниот пример е позитивен, бидејќи сред тоа население, ако не воопшто, тоа бројот на децата со вродена исчашеност на колковите е незначителен.

Овде, секако, се нема посериозно генетско објаснување.

Паралелно со таа кампања, се воведуваат нови методи на лекување. Така, во 1953 г. Sommerville воведува сукцесивна репозиција со континуирана тракција и абдукција на колковите. Сè повеќе се напушта грубата, нехумана Paci-Lorenz-ова метода.

Следат методите на Chiari во 1955 г., Pemberton во 1959 г., Salter во 1961 г. и др. Резултатите се неспоредливо подобри. Сепак третманот

е мошне тежок и сложен, а бара многу долготрајно болничко лежење. Крајниот, долгочиниот исход секогаш е неизвесен.

Во Шведска *Enneus*, *Gzems*, *Hirton*, *Fon Rozen* и особено *Palmen*, во Велика Британија *Barlow*, *Finlei*, во Франција *Daabadi*, во Полска *Dega*, во СССР Волков, во САД Станисављевиќ и секаде низ светот многумина други, исто толку важни имиња, го посвствуваат сиот работен век и стручен ангажман врз овој проблем.

Во СФРЈ, меѓу првите автори, се истакнува Брецељ, а во нашава Република Кепески како пионери, зачетници на лекарското јадро што ќе пасее семе од кое ќе изникнат голем број врвни стручњаци спремни за борба со оваа аномалија.

Овде чувствувам потреба да напоменам уште неколку имиња што произлегуваат од нашава средина.

Ортопедската клиника во Скопје е жариште од каде зрачат заљбите и проникнуваат нашите први, вредни за почит стручњаци.

Се присеќавам на некои, иако е бројот значително поголем, а списокот подолг. Досега повеќепати ги споменавме имињата на Кепески, Прилепчанска, Такашманов, Мишев, Серафимов и др. На неонатолошкиот оддел на Г А Клиника, Келкоцев со сите членови на немалата екипа; Пренда-Нича од Битола со целокупната педијатриска екипа; Ќурчиски и сите колеги од тимот. И уште многу други.

Повеќе или помалку, низ целава наша Република, се создаваат јадра околу кои секојдневно расте бројот на докторите што влегуваат во борба со оваа аномалија. Растат исклучува и сознанијата, а резултатите се секојдневно подобри и подобри.

Во нашиот Охридско-струшки регион, специјалната болница за остеоартриуларна туберкулоза, денес Ортопедска болница „Св. Еразмо“, е вистинска цел кон која се сливаат многубројни патините од целата заедничка држава. Тука завршуваат и многу патеки чија почетна станица била и некаде надвор од границите на СФРЈ.

Тука израснаа генерации врвни ортопеди мошне заслужни за санирањето на оваа проблематика кај нас. Методите, техниките на конзервативно и оперативно лекување се секогаш оние најсофистицираните во светот. Болницата е позната на секаде. За неа и сè она што се работи во неа знаат и најголемите докторски имиња во СФРЈ и пошироко. Ова особено меѓу педијатрите и ортопедите.

Нашата Ортопедска клиника во Скопје оспособи генерации, генерации врвни ортопеди и педијатри. Тие, пак, сите заедно открија и излекуваа успешно голем број деца со вродени луксантни состојби на колковите. Многу генерации млади луѓе потенцијално куци и

саќати заради маната се сосема здрави, чекорат здраво и гордо.
Многумина се и врвни спортстици.

Тоа е наше задоволство и заслуга.

ЗА КОРЕЛАЦИЈАТА МЕЃУ СТЕПЕНОТ НА ЕВОЛУТИВНИОТ РАЗВИТОК НА МАНАТА, ВОЗРАСТА НА ДЕТЕТО КОГА Е ТАА ОТКРИЕНА, МЕТОДАТА НА ЛЕКУВАЊЕ И КРАЈНИОТ ИСХОД

Често се постава прашањето за раното откривање на вродените луксантни состојби на колковите, а со обсир на така наречената доцна патологија. Сепак авторите потенцираат дека по вонредните трудови на Швеганиите *Smajl* и *Mutchel*, се наметнува заклучокот дека прегледот на новороденчињата и доенчињата игра пресудна улога. Тој ќе биде целосен доколку се продолжи со долготрајно, редовно и систематско следење. Притоа за прегледот мора да бидат обезбедени оптимални услови во секој поглед. Него треба да го врши искусен ортопед или педијатар. Само така може да се смета на целосен успех.

Ако по поставеното сомнение, или уште повеќе дијагноза, се пристапи кон рано, уште подобро ултра рано лекување, резултатите на крајниот исход можат да бидат одлични.

Станува, значи, доминантно сознанието од науката и емпиријата дека, доколку порано била откриена аномалијата, во толку полесно и поуспешно била постигната репозицијата без лоши последици. Започнува една ера на активно трагање по аномалијата по пат на систематски прегледи, особено во породилиштата, а потоа продолжено во детските диспанзери. Се преземаат и систематски радиолошки истражувања, покрај клиничките. Пример за тоа е Чехословакија, која уште во 1947 г. со Закон заведува систематски радиографски прегледи на сите доенчиња по третиот месец.

Во 1961 г. *Palmen*, во 1962 г. *Barlov*, 1964 г. Станисављевиќ, 1965 г. *Koleman* - воведуваат нови средства за фиксија на зглобот во абдукција.

Напредува и генетското детерминирање на аномалијата, па се регистрира фамилијарна предиспонираност. Така, според *Vejn Davis* во 1970 г. ризикот за добивање на маната варира од 6% при нормални родители до 36% кога макар единиот родител има ваква аномалија. Заклучок е дека наследувањето е неспорно, но е мултифакторијелно. Овие автори разликуваат две групи на аномалијата. Едната е со ацетабуларна дисплазија и таа се открива доцна, а другата со лабавост на колковите и може да се открие во неонаталниот период.

Настанува ера кога поентата се става не на различните оперативно-конзервативни методи на репозиција што често завршуваат

лошо или без успех, ами на активно трагање и рано откривање. Тоа, со други зборови, значи делење на активностите на овој план меѓу ортопедите, хирургите, акушерите и педијатрите. Тоа во практиката значи *профилакса*. А таа подразбира тимско работење. Во тимот ќе влезе: акушер, педијатар неонатолог, патронажна служба, детските советувалишта и др. Централна координирачка улога, сепак, секогаш има искусниот ортопед. Огромна припомош притоа пружаат радиолозите, како и ултразвучните дијагностичари.

На просторите на СФРЈ за првпат главна тема на научна анализа и реферирање оваа аномалија е поставена во 1937 г. на Вториот конгрес на ортопедите на Југославија.

Во 1939 г. *Брецел* од Словенија докажува дека главна поента треба и мора да се стави на систематските редовни прегледи во родилиштата и во советувалиштата за деца.

Третиот ортопедски конгрес на Југославија во 1962 г. носи заклучок дека најрационален третман на оваа вродена аномалија се постигнува со профилаксата, раното откривање и раното лекување. Бројни југословески автори со голем ентузијазам и успех се втурнуваат во борбата со оваа аномалија.

Во Македонија систематски приод кон овој проблем се бележи со отворањето на Ортопедската клиника во Скопје во 1957 г. Во 1968 г. почнува систематска работа врз раното откривање на аномалијата кај новороденчињата во Скопје. Огромна припомош пружил спомнатиот д-р *Богдан Брецел*, а носители доајени се Кепески, Баланчески, Прилепчанска, Такашманов и други кои со право многупати ги споменавме. Во тимот целосно се вклучени неонатолозите доајени кај нас: Келкоцев, Ќурчиски, Антова, Ќурчиева, Спирова. Работата се проширува во Битола преку д-р Вера Пренда-Нича, педијатар пионер во систематското рано откривање на оваа аномалија.

Тие се зародишот. Мошне брзо во оваа борба се вклучуваат сите центри во Македонија. Во Струга прв започнува Ковачевски со помладите колеги Коскоски и Матоски. Тие работат на овој план уште како млади лекари, не специјалисти, заедно со специјалистот радиолог д-р Г. Милошоски.

Среќна околност за нашиот Центар и стручниот тим е близината на Ортопедската болница кај Охрид и мошне големата стручност на колегите ортопеди од таа установа, која долго време беше една од водечките во СФРЈ од својот тип.

ЗА НАШАТА РАБОТА

Пред да дадеме било каков коментар на оваа тема, ќе ги цитирам последните зборови на проф. Кепески кажани во своето воведно излагање за вродената дисплазија на колковите на X конгрес на лекарите од СРМ во 1978 г. Тој вели: „Според наша оценка, во СРМ денес со организирана систематска превентивна работа на рана дијагноза и рано лекување на вродената дисплазија на колковите, може да се опфатат околу 20 000 новородени деца во здравствените установи, односно во родилишта. Останатите 20 000 деца (колку вкупно се раѓаат во Републиката) ќе можат да бидат предмет на ваква превентивна активност **во еден дојледен период** кога нашето здравство ќе биде во состојба да овозможи раѓање на сите деца во здравствена установа, односно со стручна помош“.

Јас пак ќе речам: „**Дојледното време** во нашата Струшка општина, веќе беше почнато со почетокот на нашето работење врз овој план“. Мојот постар колега д-р Ј. Ковачевски, кажавме, веќе беше почнал да се занимава со овој проблем, а мене умешно и мошне рано ме вовлече во една акција. Тој ми всади љубов и ентузијазам на овој план. Постојано се залагам за успешно завршување на секој случај. Тој елен и ентузијазам траат еве полни 30 години. А сè она што изминатите децении значеше раст и развиток на нашата здравствена заштита, кадровското и техничко-технолошко опремување, растот на сèвкупното општествено битие на нашиот народ, денес визијата на професорот Кепески, за раѓање на децата во здравствена установа, што ќе рече со стручна помош, за нас е сосема надминат проблем. Имено, само сосема ретко, скоро секогаш заради оправдани причини, се случува некое дете да се роди во домашни услови.

Новата ера што треба да овозможи актот на раѓањето пак да се врати во некаков природен, домашен амбиент, со обезбеден стручен тим на највисоко ниво, засега во наши услови само ја назирате и посакуваме. За нејзина целосна имплементација ќе треба претходно да се постигне неопходниот социо-економски, културен, станбено-микроклиматски и кадровски стандард.

Дотогаш останува да сме горди што за неколку децении, што брзо пролетаа, бабиците што ги водеа породувањата останаа во историјата. На нивно место се наоѓаат високо остручени кадри, а новороденчињата доаѓаат на свет во „**болници пријатели на бебињаша**“.

И тоа така е најдобро.

ПАТОАНАТОМСКИ СУПСТРАТ

Што е тоа луксантна аномалија на колкот?

Авторите докажале дека основата на оваа болест се состои во хипоплазија на мезодермалните структури на коксофеморалната регија со релативно помала или поголема инсуфицијација на крвот на чашката (ацетабулум), односно дислокација или луксација на епифизата на фемурот.

Треба да се прави разлика во термините: клинички – донесени врз база на неонаталната феноменологија и ултразвучно, односно радиолошки по четвртиот односно по петтиот месец од животот. Во текот на понатамошното следење на детето треба да се бара и евентуалната корелантност на феномените.

Во неонатолошкиот период се користат повеќе клинички термини, како што се: „прелуксиран колк (Palmen), колк кој има тенденција кон луксација (Ortolani), нестабилен колк (Brecelj), карлична нестабилност (Andren), дизлокабилен колк (Barlow) и др.

Поимот DYSPLAZIO прв го вовел *Hilgenreiner* и подразбира недоразвиен, лошо развиен, помалку вреден, развојно заостанат зглоб со стрм кров на чашката, послаба неуредна и задоцната осификација на јадрото и латерализација на епифизата на фемурот.

За клиничката терминологија, најприкладен за повеќе автори е поимот „луксантна аномалија“. По петтиот месец од животот, со радиолошки методи може да се постави дијагнозата и да се употреби соодветен термин. Така, се разликува Dysplazio, subluxatio и luxatio coxae congenita. Можни се повеќе различни меѓусебни комбинации се:

Најчестите деформации на патоанатомскиот супстрат?

1. epifiza на femur – диспластична и со покасна осификација;
2. acetabulum поплиток, елипсоиден, недоразвиен и стрм;
3. капсулата на зглобот задебелена, лабава;
4. musculus iliopsoas – хипертрофичен, со извесни фиброзни и дегенеративни промени;
5. limbus сплескан, заоблен;
6. ligamentus teres задебелен и продолжен;
7. colum femoris деформиран;
8. поместување на capitulum femoris спрема работ на ацетабулумот, сè повеќе и повеќе во тек на растењето на детето и манифестирањето на болеста;
9. деформирање на capitulum femoris;
10. деформирање на чашката.

ЕТИОПАТОГЕНЕЗА

На X конгрес на лекарите од РМ професорот д-р Љ. Серафимов изнесе труд во кој прави осврт врз научните сознанија за этиопатогенезата на оваа вродена мана. Тој објаснува кои се условите за нормален развиток на колкот. Според него, неопходна е прво нормална ембриогенеза – нормално формирање на анатомските структури на колкот и второ – нормална функција, физиолошка активност на вака формираниот зглоб.

Функцијата во нормална позиција треба да предизвика физиолошки стимулуси за нормален раст и развиток, односно созревање на детскиот колк.

Според него, исто така, има неколку битни причини за абнормален развиток на колкот.

Како најпрво споменува абнормална ембриогенеза со ненормално или дефектно формирање на основните анатомски структури на зглобот. Второ, се напомнува абнормална функција заради лоша позиција на зглобните тела.

Ако ембриогенезата е попречена од ненормални генетски структури или од некои тератогени фактори, следи атипична луксација, која битно се разликува од вродената дисплазија на колкот, односно вродената луксантна аномалија на колкот како што ние ја нарековме. Од друга страна и нормално започната ембриогенеза со нормално формирање зглобни структури може да биде диригирана кон абнормален развиток поради малпозиција на зглобот кој може да еволуира во дисплазија.

Главни етиолошки фактори:

а) абнормален состав на сврзнатото ткаење – последично зголемена лабавост на зглобовите и лесна луксација;

б) дефектен развиток на ацетабулот кој останува плиток, стрм и лошо ориентиран;

в) малпозицијата на зглобните структури сепак останува како еден од примарните фактори што ја иницираат еволуцијата на маната. При веќе назначена генетска предиспозиција има доминантно значење за провокација на луксацијата.

Авторите од Војводина прават исто така неколку обиди за објаснување на этиопатогенезата. Тие набројуваат неколку фактори за кои сметаат дека играат битна улога во этиопатогенезата на оваа аномалија. Од нивниот материјал произлегува заклучокот за:

1. фамилијарен хередитет, до 30%;
2. директен хередитет, до 7%;

3. мултифакториелен начин на наследување;
4. малпозициона положба на фетусот *in utero* (карлична презентација и цефалопелвична диспропорција, *sectio cesarea* – како предиспонирачки фактори);
 5. пол — во корист на женските деца (3-5 : 1);
 6. левиот колк е зафатен многу почесто од десниот. Кај една третина од децата маната е обострана;
 7. редослед на раѓање - скоро 60% од децата се првродени;
 8. почесто се јавува кај деца со поголема гестациска старост, поголема родилна маса и должина и обем на главата, со поголема маса на плацентата и сл.;
 9. почесто се јавува кај помладите првротки;
 10. кај некои нации е поретка (Роми) за разлика од други;
 11. има и надворешни фактори што делуваат врз веќе подготвен терен (положба на нозете во доенечкиот период со веќе напомнатото фамозно неповолно повивање), сезонски фактори и др.;
 12. постнаталниот период кој опфаќа 3 фази исто така има битна улога во етиопатогенезата. При раѓањето настанува премин од „жабја“ положба во положба со екстендирани екстремитети, тоа претставува фактор на ризик со оптеретувањето на незрелиот зглоб.

Овие фактори, во услови на постоечка генетска предиспозиција, стануваат провокативни. Само така се објаснуваат луксантните состојби што се јавуваат дури по првата година од животот.

Во исто време дејствуваат и повеќе одбрамбени механизми што пак резултира со не мал број спонтани нормализации.

Кои деца ќе ја имаат оваа среќна околност?

Дали смееме да се базираме на ваквата, во основа, оправдана претпоставка и да чекаме на спонтано нормализирање?

БИОМЕХАНИЧКИ ВЛИЈАНИЈА ВРЗ ПАТОГЕНЕЗАТА НА ВРОДЕНАТА ДИСПЛАЗИЈА НА КОЛКОВИТЕ

Авторите Мишев и Серафимов на спомнатиот X конгрес на лекарите од СРМ прават осврт и на овој план.

Внатрешната структура и надворешната форма на коските, меѓу другото, во многу зависат од насоката на силите што делуваат врз нив. Нормалниот раст и развиток на зглобните тела, вклучително на колкот, е зависен и од нормалните биомеханички односи во зглобот и зоната на растот на зглобните тела (Серафимов).

Основни биомеханички карактеристики на колкош кај деца што се:

а) центарот на ацетабулумот и центарот на главичката на фемурот се наоѓаат во една точка, која претставува, така наречен, фиксен центар на ротација во која делуваат силите. Тие се 4,5 пати поголеми од тежината на телото;

б) силите се распределуваат по контактните површини на зглобните тела. Колку се тие површини поголеми, во толку е и распределбата на силите поголема. Детскиот колк располага со релативно големи 'рскавични маси. Под влијание на оптоварувачките сили, настануваат физиолошки деформации со што се проширува контактната површина.

Основни биомеханички карактеристики при DCC:

- антеторзија на ацетабулумот, или антеролатерална ориентација;
- постерио-медијална деформација на главичката на фемурот;
- антеролатерална ориентација на вратот на фемурот.

Овие анатомски аномалности предизвикуваат намалување на механичкиот контакт меѓу ацетабулумот и главичката на фемурот, намалување на контактните површини. Со тоа се концентрира дејството на силите на несоодветно место. Тоа е причина за развој на аномалијата.

Една од најважните карактеристики на конгениталната сублуксација и луксација на колкот с развивањето на ексцентрицитет, латентен или манифестен. Со тоа настанува миграција на главичката на фемурот напред, латерално и горе. Фиксен центар на ротација нема, и тоа во време кога механичкото оптоварување е најголемо.

Со други зборови, присутен е латентен или манифестен ексцентрицитет со отсуство на фиксен центар на ротација;

— смалени се контактните површини меѓу диспластичниот ацетабулум и главата на фемурот;

— концентрирани се асиметрични напрегања во постериомедијалниот дел на главата на фемурот и зоната на растот со што таа типично се деформира;

— се смалуваат 'рскавичните маси. Тоа доведува до намалување на локалниот „шок опсервер“ и во крајна линија до дегенерација на 'рскавицата.

Третманот треба да овозможи исправна биомеханика, и тоа:

- стабилен ексцентрицитет во функционална позиција на колкот;
- зголемување на контактните површини за да се постигне рамномерна дистрибуција на напрегнувањата;
- добра ремоделација на зглобните тела со репарација на 'рскавичните маси (Мишев, Серафимов).

КЛИНИЧКИ КАРАКТЕРИСТИКИ

Клиничките карактеристики на маната се манифестација на анатомските аномалности. Нивната експресија во многу зависи од возраста на детето.

Кај доенчињата и малите деца клиничките манифестации се помалку нагласени за разлика од оние кај повозрасните. Сходно на тоа, разликуваме знаци и состојби кај доенчињата, кај малите деца, кај адолосцентите и кај повозрасните.

Ваквата поделба не се прави заради чисто дидактички, ами и од практични причини. Возраста има влијание врз доминацијата на едни, односно други клинички знаци. Тоа, пак, има сериозно влијание и врз релевантноста на дијагностичките процедури, техники и методи.

A. Клинички знаци кај доенчиња

Периодот на доенче опфаќа неколку фази, и тоа: период на новороденче (од раѓање до крај на првиот месец), период на доенче до четвртиот месец и период на постаро доенче до првиот роденден;

A-1. Period на новороденче

Оптимално време за поставување на дијагнозата кај новороденче се првите два дена по раѓањето. Според Барлов, после тоа, во тек на првите 5-6 дена, кај скоро 60% од новороденчињата, доаѓа до клиничка стабилизација на колковите. Таа стабилизација продолжува во следните 2 месеца. Затоа преглед кој не е извршен „*lege artis*“ веднаш, во тек на првите 2 дена по раѓањето, ами „одложен“ за подоцна, може да значи евентуален превид, односно да се донесе по грешка лажно негативен наод.

Се трага по следните знаци:

- ограничена абдукција на колковите;
- позитивен знак на Palmen - Ortolani;
- испакнување на трохантерната регија;
- скратување на екстремитетот;
- држење на ногата во спонтана надворешна ротација;
- хипотрофија на мускулатурата на соодветната натколеница.

Како и во сите други случаи, дури и понагласено, мора да бидат обезбедени максимално микроклиматски услови за прегледот да биде сосема успешен. Тука би ги нагласил, пред сè, топлото легло, смиреноста на детето, топли раце на докторот што ќе го прегледува. На родителите треба да им се објасни за техниката на прегледот за да не се вознемират премногу.

Секако, искуството сепак е од најголемо значење.

Вообичаено, најпрвин треба да се направи добра инспекција. Ако бебето, кое лежи на грб, ја држи едната нога во „специјална“ поинаква положба од другата, треба да побуди посебно сомнение. Имено, доколку едната нога е во полуабдукција, има видно поограничени движења (особено абдукциони) во споредба со другата – условно, здравата нога, тогаш прво што треба да помислим е дека детето ја штеди таа нога. Ако инспекцијата и прегледот не укажува на никаква друга причина за тоа, тогаш веројатно се работи за некој степен на вродена аномалија на колкот. За понатамошните специфики и дијагностички финеси секако дека ќе треба да се погрижи компетентен ортопед. Доволно ќе биде да се забележат ваквите знаци за потоа да се побара помош од ултрасонографски и други понатамошни дијагностички процедури.

Кога сме кај оваа дијагностичка метода (ултразвучната) а со обзир дека денес е веќе рутинска и ретко која бремена жена не ја поминала, треба да се нагласи дека доколку фетусот интраутерин и новороденчето по рафањето зазема положба на „скратени нозе“ во надворешна ротација, а при флексирани надколеници, треба да побуди сомнение. Тоа заради фактот дека кај ваквите деца почесто се открива луксантна состојба на колковите.

Друг момент што може да се забележи при инспекцијата е асиметријата на феморалните, вулварните и глутеалните кожни набори. Тоа може и треба да побуди сомнение за аномалија на колковите, а особено ако постои дислокација и ако таа е едностраница. При обострана, пак, дислокација овој феномен, иако присутен, тешко детка ќе нè ориентира на која страна, од колкав степен е аномалијата.

Во секој случај, овој феномен кај новороденчето треба да побуди сомнение и детето да биде внимателно следено.

Релативно пократка натколеница на новороденчето треба, исто така, да биде забележана при инспекцијата на дете кое има ваква мана. Имено, ако детето мирно лежи на грпчето, а инспекцијата се врши така да се гледа директно од главата на детето (не во лицето), значи во обратна положба од онаа за браздите и другиот вообичаен преглед, доколку има дислокација на еден колк, на таа страна ќе се забележи пократка натколеница. При инспекцијата нозете се

допрени една со друга, а детето лежи на грб и има флексирани нозе во колениците.

Тоа е првата фаза. Во втората фаза физикалниот преглед на новороденчето има некои свои карактеристики. Условите наброени за инспекцијата се од битно значење за успешноста на прегледот и тие важат и понатака. Нахрането и мирно бебе, подготвен и искушен педијатар и помошен персонал, топла и пријатна просторија, со топло и цврсто легло, и понатака се важни елементи. Потребна е уште стручна желба и стрпливост следена од истрајност за аномалијата да биде откриена, доколку не се работи за некоја „лажно негативна“, односно латентна форма што евентуално ќе дојде на виделина подоцна во животот.

Прегледот мора да биде изрутиниран со најмалку трауматизирања и повторување маневри. Тој е повеќе или помалку болен за бебето, а страшен за мајката, која сето тоа со страв и внатрешна болка го набљудува. Секој коментар што таа ќе го чуе во тие моменти го меморизира како со компјутерски софтвер. Затоа мора на сето тоа да се внимава и да се постапува со смиреност и одмерено.

Инаку повеќето автори укажуваат дека грешелите на два начина. Грешелите кога заради сентиментално емотивни причини направиле преглед кој испаднал повеќе формален, односно површен. Грешелите и кога на сето тоа внесле предозирана сериозност, та мајката ја преплашиле во нејзиниот најосетлив, најтрауматизирачки период леунството, кога, можеби, уште не е доволно опоравена од маките претрпени со актот на рафањето.

Искусниот доктор, впрочем, неонатологот ѝ носи карактеристики на благост, иежност, смиреност и „дежурна насмешка“. Тоа го очекува од него секоја мајка родилка. Оние со прво чедо во прегратката, уште повеќе. Сепак објективноста никако не смее да биде загрозена од сето тоа ни најмалку.

Еве како искусните автори препорачуваат да биде изведен физикалниот преглед на секое новороденче.

Откако биле обезбеди сите елементи што беа веќе напоменати, новороденчето се поставува во подгответелната положба. Тоа се постига така што ножињата се испружуваат во целост, паралелно една на другата допрени, во екстензија и лесна аддукција, по медијалната линија. Потоа со претходно затоплените длани докторот ги опфаќа бутчињата на бебето, но така што нозете се поставени, флексирани во прав агол кон абдоменот, а во колениците се во максимална флексија. Палците на изведувачот на прегледот се поставуваат на медијалната страна на бутчињата а со прстите се

опфаќа латералната страна. Притоа, особено со средниот прст, се притиска на трохантериот дел на фемурот.

Со тоа се овозможуваат маневрите со кои се трага по евентуалните различни степени на маната, доколку е таа присутна.

Со одмерено дозирана сила се врши абдукција на колковите (подобро поединечна). Притоа со актот на абдукција се фиксира и се притиска трохантерот на фемурот, со средниот прст на длаката, и тоа спрема напред и нагоре кон ацетабулумот.

Ако се има мирно, релаксирано новороденче и сè она што беше кажано како битно за успешен преглед, тогаш би требало да се абдуцираат колковите, ако не до 90, барем до 80 степени. Се разбира, доколку е сè во ред, новороденчето е без манифестни знаци за маната.

Доколку се најде на отпор во колковите на бебето, таа абдукцијата се оневозможува на 40 до 50 степени, тогаш се поставува првото сомнение или тоа се потврдува доколку сме го имале уште со анамнезата (фамилијарна и акушерска во смисла на карлична презентација). Потврдата ќе биде уште посигурна, ако при инспекцијата сме нашле асиметрични бразди, посебна положба на едната нога, намалени движења на едната нога и сл. Тогаш, со посебно внимателно дозирано совладување на отпорот, а при положба од 40 до 50 степени на абдукција, таа се зголемува за уште некој степен. Доколку навистина се работи за луксирачки колк, тогаш при совладувањето на оние постигнати 40 до 50 степени на абдукција ќе се почувствува, некогаш дури и ќе се виде и чуе така наречениот „клика“. Тоа е последица на предизвиканото прескокнување на *capitulum femoris*, односно неговото враќање во ацетабулумот, во чашката. Потоа, веднаш понатамошната абдукција до оние 80, евентуално 90 степени станува мошне полесно изводлива како кај другите, условно здравите новороденчиња.

Манипулацијата е најдобро да се прави за секој од двата зглоба посебно.

Овој тест во литературата е познат како *Damani – Ortolani*-ев тест на „репозиција“ на дислоцирана главичка на фемур, назад во чашката – ацетабулумот.

Во случаите кога се нема знаци за почетна дислокација, се практикува тестот со кој правиме обид таа да биде провоцирана.

Провокацијата ќе биде успешна, ако колкот е сублуксиран, ако е носител на оваа вродена аномалија, ако не е сосема нормален – стабилен, со цврсто сместена главичка на фемурот во својата чашка. Тестот го носи името на авторите *Колеман Барлов – Палмен* (најчесто се користи изразот *Palmen*-ов феномен – кога при прегледот се

предизвикува луксација искокнување на главичката од ацетабулумот).

Како се изведува овој тест?

Се разбира, сите услови неопходни за прегледот остануваат и важат. Впрочем и овој тест е само продолжение на веќе започнатиот преглед и значи докомплетирање на истиот.

Начинот на опфаќање на бутчињата на новороденчето е ист, но се разликува само со тоа што палецот на испитувачот се поставува нешто погоре на флексираното бутче. Со ова се постига да *capitulum femoris*, се постави меѓу палецот од медијалната и прстите, односно средниот прст на длаквата на испитувачот од латералната страна на бутчето на новороденчето, односно на *trochanter major femoris*.

Ова е почетна положба за изведување на тестот. Неговото изведување се прави така што опфаќајќи ги нозете (флексирани под 90 степени во колената и колковите) на описаните начин, се поставуваат бутчињата во мала лесна аддукција и притоа се притискаат надолу кон основата, леглото. За сето време нозете се држат и во лесна внатрешна ротација, лесно се свртуваат кон внатре.

Најчесто прегледот е негативен. Но доколку бебето, новороденчето сепак има нестабилен, луксабилен колк, тогаш, внимателно вршејќи го овој тест, испитувачот ќе почувствува извесно „преминување“ на главичката на фемурот преку задниот раб на ацетабулумот. Во овој случај кликот, прескокнувањето не е толку присутно како во претходниот случај. Ова претставува и прва, провокативна фаза на прегледот, тестот, со која се обидуваме да испровоцираме, да предизвикаме истиснување на главичката на фемурот од ацетабулумот, а преку неговиот заден раб.

Доколку тоа се случило, значи дека тој зглоб е повеќе или помалку, полесно или посериозно нестабилен – луксабилен.

Кога веќе сме ја изместили, односно луксирале главичката на фемурот од нејзиниот ацетабулум, во следната фаза треба истата и да се врати во него. Тоа претставува следна, репозициона фаза, имено фаза кога со нашиот маневар треба пак главичката да ја вратиме онаму од каде и сме ја изместили – луксирале. Тоа е, секако, назад во ацетабулумот.

Се постигнува на тој начин што бутчињата се опфаќаат на описаните карактеристичен начин, и тоа во блага абдукција, а со прстите се притиска врз трохантерот. Ако ни успее тоа враќање, тогаш евентуалното „прескокнување“ во моментот кога главичката навлегува повторно во ацетабулумот, ќе го почувствуваме нешто посериозно и посилно од она при моментот кога ние и ја исчашивме, односно ја луксиравме.

Вака ги опишуваат маневрите повеќето автори. Сепак, морам да речам, ретко кога е така лесно при секојдневната работа, а уште поретко изгледа така романтично и наивно. Навистина треба многу умешност и чувство за секоја фаза од прегледот, а тоа пак временски се мери со секунди.

Ограничната абдукција на колковите, што е мошне честа појава, кај доенчињата е ретко присутна и видлива во доба на новороденче. За позитивен знак во прилог за постоење на маната се смета ако обидот за абдукција на колковите место до 80, односно 90 степени, успее не повеќе од 40 до 50.

Уште еден наод од физикалниот преглед на колковите на новороденчето е од значење. Тоа е така наречената *лабавосиг на колковиште*. Се работи за колкови што при прегледот со кој се трага по така наречениот „клика“, прескок, излегување од ацетабулумот, провоцирано луксирање, се постигнува енормно голема абдукција. Тоа подразбира повеќе од прав агол, односно повеќе од 90 степени, и тоа од 10 до 30 степени повеќе. Тогаш авторите го сметаат овој феномен за позитивен, односно во прилог на постоење на вродена аномалија, т.е. луксабилен колк.

По излегувањето на мајката и нејзиното новороденче од акушерското, односно неонатолошкото одделение, си заминуваат дома.

Од сè она што се случувало до тогаш, од сè она што констатирале акушерот за мајката, а неонатологот, односно педијатарот за нејзиното дете, зависи радоста, зависи среќата на родители и сите што во последните години, последните 9 месеци, со свртеност кон Бога очекувале и негов најголем, најсветол дар.

Од докторите тие очекуваат насмевка и топол збор. Од нас зависи дали ќе се придружиме и како тоа ќе го направиме на тој мал – огромен, нежен и семоќен свет, светот на мајката, светот на таткото, семејството. А за новороденчето, тоа е семир, тие се богови, тие се сè што тоа мало суштество има. Ајде да помогнеме сите да бидат среќни, сите да видат насмевка во нашите очи.

Неа ја препознаваат дури и новородчињата.

Според тоа, би ги разликувале следните степени на еволутивен развиток на колковите во период на новороденче:

- нормален, стабилен колк;
- луксабилен — нестабилен колк;
- луксиран колк;
- ограничена абдукција;
- колкови на новороденче со обзор на карлична презентација;
- позитивна фамилијарна анамнеза за DCC со обзор на факторот наследување;

— тератолошка (атипична, фиксирана) луксација.

A-2. Клинички период и класификација на сос тојбата на колковите во период на доенче до четвртиот месец

1. Нормален – стабилен колк

Доколку при сите фази на клиничкиот преглед отстапуваат знаците карактеристични за колковите со различен степен на вродена аномалија, констатираме дека доенчето е (условно) здраво, има нормални стабилни колкови.

Што значи тоа во практиката?

Значи дека при инспекцијата, покрај нормалното држење на натколениците, долните екстремитети, во нормална положба и во колковите се вршат вообично нормални движења. Не се забележуваат скратувања ниту различни асиметрични кожни – вулварни, глутеални и феморални набори. Овие, сепак, ако и ги има, тие не се секогаш патогномонични.

При физикалниот преглед нема абдукторни контрактури, нема ограничена абдукција. Таа е можна до преку 75 степени, но не и повеќе од 90 степени.

Тестовите за провокација (Koleman – Barlow – Palmen) и репозиција (Damani – Ortolani) се негативни.

2. Кога се поставува првото сомнение дека со колковите на доенчето нешто не е во ред, дека се работи за диспластичен-ни колкови, уште со самата инспекција треба да се забележи дека движењата во двете нозе не се сосема еднакви. Паѓа во очи дека единствената нога детето ја штеди. Ногата, чиј колк е евентуално диспластичен, видливо се држи во положба на поголема или помала надворешна ротација. Можна е, иако не секогаш присутност на асиметрија на браздите.

3. Нозете не се еднакво долги. При прецизно мерење на должината на доенчето во специјалното коритце, како и сите други мерни параметри за долните екстремитети, паѓа во очи одредена разлика. Кога пак ќе ги флексираме максимално колениците а бутовите до 90 степени, и се гледа од каудално, тогаш ќе се види дека единствената натколеница е пократка, и тоа онаа на страната на евентуалната дисплазија.

4. При абдукторно –аддукторните движења во колковите, на длankите со кои ги опфаќаме натколениците и прстите со кои притискаме и ги фиксираме трохантерите, се чувствуваат (не секогаш) крепитации во зглобот – зглобовите, колковите.

5. Следниот степен на вродена аномалија на колкот е луксацијата или сублуксацијата. Во тој случај доминира ограничена абдукција.

6. Понекогаш е можно да се изведе и тестот на репозиција (Damani – Ortolani). Авторите разликуваат два типа. Во првиот случај репозицијата не е можна а абдукционата ограниченост се изразува при преминување на 45 степени. Во вториот случај сè уште, и на оваа возраст, е можна репозицијата, но затоа ограничувањето на абдукцијата не е толку изразена.

7. Ако се открие преголема лабавост во колковите, секако, треба да се исклучи генерализирана лабавост на доенчето, во склоп на некоја друга патолошка состојба.

8. Ако имаме доенче родено со карлична презентација, треба да обратиме посебно внимание поради зачестеноста на аномалијава во ваквите случаи. Евентуалниот уреден наод на колковите во овој период, во возраст до 4 месеци, не мора да значи сè уште дека тоа дете не е и потенцијален кандидат да ја развие симптоматологијата порано или подоцна во животот.

9. Истото важи и во случаите со позитивна фамилијарна анамнеза. И покрај уредниот физикален наод во оваа возраст, доенчето може да е потенцијален, латентен кандидат.

10. Треба да се напомене дека обврзно мора да се разликува вродената мана, дисплазијата на колкот при која се јавува како симптом ограничена абдукција, од *абдукторна/контрактурска* на колковите. Оваа, втората, е ентитет за себе следен од исто така вродена коса карлица. Се јавува при малпозиција на фетусот. Се препознава после вториот или третиот месец по раѓањето. Доведува сепак до истата последица, дисплазија, дислокација на колкот односно колковите.

Се открива при физикален преглед. При абдукција на едниот колк (се прегледуваат посебно обата), карлицата останува хоризонтално и поставена под прав агол со 'рбетот. Но во втората фаза на прегледот, кога ќе се постави „таа“ нога паралелно испружена со другата, тогаш карлицата присилно зазема искосена положба. Треба да се видат несиметрични кожни набори, но и нешто пониска „spina iliaca“ на „болната“, страната со изразена абдукторна контрактура и коса карлица.

Сетки овој ентитет е засебен и треба да се разбере така, но во суштина, сепак, накрај,ично, и тој доведува до истата ситуација – да се лекува доенче со дисплазија или дислокација на колк. При физикалниот преглед Damani – Ortolani-евиот феномен на репозиција е негативен.

Сиве овие наоди и знаци треба да ни побудат сомнение дека кај тоа доенче, единиот или обата колка се диспластични, недоволно развиени. Веднаш треба да се пристапи кон потврда (ортопедска, ултразвучна) на поставеното сомнение и случајот да биде препуштен за понатамошен третман веднаш на надлежниот и компетентен ортопед.

A-3. Клинички и радиолошки пристап и класификација на луксантниште состојби на колковите кај доенчињата по четвртиот месец од животот

Откако бебето наполнило четири месеци старост, а дотогаш било уредно следено, навлегува во период кога мора да продолжи со редовни систематски прегледи. Покрај другото, мора највнимателно да се врши трагање по евентуална вродена аномалија, луксантна состојба на колковите што до тогаш била во релативно латентна форма. Во и после овој период, покрај клиничкиот и ултразвучен преглед, своја полна важност добива и радиолошкиот преглед.

Клиничките манифестијации и еволуцијата на колковите и во овој старосен период на доенчето се слични како и дотогаш.

1. Првата и најчеста манифестија е *нормален – стабилен колк*.

При клиничкиот вообичаен преглед, со веќе описаните маневри, отсуствуваат знаците што се карактеристични за оваа аномалија.

Тестот на Damani – Ortolani за враќање, репозиција на евентуално сублуксирана или луксирана главица на фемурот, назад во нејзината чашка, во ацетабулумот, е разбираливо негативен, односно невозможен. Исто така и Koleman – Barlow – Palmen-овиот тест за предизвикување на луксација – дислокација – истерување на главицата на фемурот надвор од неговото лежиште во ацетабулумот е невозможно. Колкот е стабилен, а овој тест негативен.

Абдукцијата во колкот е можна во границите од 70 до 90 степени (не помалку од 70, но и не повеќе од 90 степени). Доколку се присутни крепитации во колковите и евентуална асиметрија на кожните набори, треба многу внимателно да се проценува состојбата на колковите, но секако дека не треба тие априори да се сфатат како симптоми на сигурно абнормален, диспластичен или дислоциран колк, односно колкови.

Доколку на детето му се направи радиографски преглед, тогаш наодот ќе биде уреден. Елементите за кои подетално се зборува во делот за радиолошка дијагностика се уредни. Ацетабуларниот агол е помал од 26 степени. Таканаречената „h“ дистанција е поголема од

6 mm, а пак „d“ дистанцијата помала од 16 mm. Доколку се појавени, а во овој период тоа и се случува, јадрата на окоснување се нормално развиени и се сместени во долниот Ombredan-ов квандрант и внатре од Perkins-овата вертикална линија на исцртаните агли на колкот врз рендгенската снимка.

Доколку наведените клиничко-радиолошки знаци сепак во некој елемент отстапуваат од вака описаните, тогаш се поставува сомнение за дисплазија на едниот или на обата зглоба на колковите. Во тој случај повторно се комбинира клиничкиот, ултразвучниот и радиолошкиот наод за да се дојде до вистинската дијагноза.

Сомнение за постоење на аномалијата ќе донесеме, ако при клиничкиот преглед откриеме неколку елементи што при нормалниот, стабилен колк не сме ги добиле, а тоа се:

— при инспекција се забележува специфично „држење“ на едната нога, а при вообичаените движења на нозете, бебето како да ја штеди едната нога. Тоа брзо паѓа в очи, доколку бидат обезбедени сите порано наведени услови за успешен преглед на колковите. Значи, доколку бебето помалку ја движи и поинаку ја „држи“ едната нога, треба веднаш да се посомневаме за евентуална дисплазија на „тој“ колк. Ова, се разбира, ако за тоа нема некоја друга причина. Ако ногата се држи видливо во надворешна ротација, тогаш е можно постоење на дисплазија на колкот на таа страна;;

— доколку притоа се забележат асиметрични вулварни, феморални или глутеални кожни набори, тие треба да бидат внимателно и со резерва примени како знаци на евентуална дисплазија. Многу побитен знак е ограничената, намалената абдукција на колкот – бутчињата на доенчето (гранично 70 степени). Исто тоа важи и обратно, доколку постои изразена лабавост на колковите, можност за абдукција повеќе од 90 степени. Во тој случај изведувачот на прегледот со лес може да ги абдуцира двета или само едниот колк над границата од 90 степени;;

— при инспекцијата, а уште повеќе при опфаќањето на колковите на доенчето за преглед, со дланките изведувачот ќе ги забележи, ќе ги виде или ќе ги почувствува на рацете, трохантерите на фемурите, поизразено откако вообичаено. Мошне често се чувствуваат крепитации во зглобовите.

Вака наброените знаци се доволно елементи за да се посомневаме дека еден или двета колка на тоа доенче се диспластични или дислоцирани.

Во тој случај, потврда ќе се бара во другите параклинички дијагностички процедури, во ултразвучната и радиолошката.

Во овој период на доенчето веќе се применува радиолошкиот преглед, со обзир дека зглобните структури се созреани и добиениот радиолошки резултат може да се смета за релевантен и со дијагностичка вредност.

Ацетабуларниот агол е нешто поголем за разлика од оној кај нормалниот зглоб и се движи од 26 до 30 степени. Таканаречената „h“ дистанца е помала од нормално и се движи од 6 до 4 mm, а „d“ дистанцата е поголема од 16 mm. Јадрата на окоснување се повеќе или помалку развиени во големина. Едностраницата хипоплазија на јадрото сама за себе не значи и дислокација – дисплазија на зглобот. Јадрата може да се нормално сместени во долниот и во внатрешниот Ombredan-ов квандрант. Може да се нормално медијално поставени од Perkins-овата вертикална линија, но често во ваквите „сомнителни“ случаи таа линија ги допира, минува крај самите јадра.

Ваквиот наод неминовно налага преземање ортопедски преглед за додефинирање на дијагнозата и применување евентуални терапевтски мерки.

3. Следната еволуциска фаза на колкот е дисплазијата. Така ќе биде дијагностициран, односно проценет зглобот на колкот, единиот или обата на доенчето, доколку откриеме повеќе знаци што ќе одат во прилог на тоа. Тие ќе бидат клинички, ултразвучни и радиолошки.

Повторно обраќаме внимание, аку е видлива едностраница смаlena подвижност на единствената нога. Ова е видливо особено ако се работи за едностраница дисплазија. Таа нога доенчето видно ја држи во невообичаена положба, во надворешна ротација. Често, но не секогаш е присутна асиметријата на кожните набори. Абдукцијата е можна до помалку од 70 степени и скоро е сигурен знак за дисплазија. Присутна е, но многу поретко лабавост во колкот при што абдукцијата е изводлива дури до повеќе од 90 степени.

При обидот за евентуална репозиција (тестот на Damani – Ortolani) нема успех. Овој знак е негативен. Трохантерот видно повеќе стрчи, а можно е и присуство на крепитации при прегледот во зглобовите на колковите. Кога ќе се постави бебето на грб, а нозете во карактеристичната флексија во иатколениците и се колениците и гледа од главата кон нив, тогаш може да се забележи релативна скратеност на единствената иатколеница. При прецизното мерење на должината на доенчето во специјално корито за мерење, тогаш единствената нога е повеќе или помалку (мерено во сантиметри) покуса.

Кога на ваквото доенче ќе му се направи радиолошки преглед, наодот е веќе значително покарактеристичен.

Имено, ацетабуларниот агол е мошне поголем од 26 степени и се движи од 30 до 35 степени. „h“ дистанцата е помала од 6 mm, додека „d“ дистанцата е поголема од 16 mm. Присуството на јадрата на осификација мора посебно да се анализира. Кога тие на оваа возраст сè уште не се развиени, односно ги нема, или се мошне хипопластични, ако нема други метаболични причини за тоа, се работи за дисплазија на колкот. Ова е лесно да се констатира, особено кога тоа е едностррано. Значи, ако на едниот, условно здравиот, колк е видливо добро развиено јадро на окоснување, а на другиот него го нема или е значително понеразвиено, хипопластично, тогаш на таа страна имаме диспластичен колк, се разбира, имајќи ги предвид и другите дијагностички релевантни елементи. За дисплазија како еволутивна фаза на колкот, а врз база на елементот „јадро на осификација“, зборуваме кога покрај веќе констатираната хипоплазија тоа или тие се допираат со Perkins-овата вертикалa, но сè уште се во долниот внатрешен Ombredani-ев квадрант (Rtg).

4. Понатамошната еволуција на зглобот кон дислокација е сублуксацијата. Во зависност од тоа кои знаци се присутни, а кои не, авторите разликуваат два типа.

Во првиот случај не е можна репозиција, односно феноменот за репозиција на Damani – Ortolani е негативен. При самиот почеток на физикалниот преглед доминира силно ограничена абдукција. Таа е можна само до 45 степени. Ако детето се постави на грб, а нозете се флексирани во колениците максимално, тогаш гледано каудално, од главата кон нозете, ќе се забележи нееднаква висина на колениците, односно скратена натколеница на едната страна. При мерењето на должината на детето во коритце, видливо е пократка едната нога.

Во овој случај присутните кожни набори имаат дијагностичко значење, ако се асиметрични.

Повеќето автори опишуваат таканаречено „придвижување“ на натколеницата кога се притиска врз максимално флексираните коленици кон подлогата.

При движењето во флексија и екстензија на натколениците, изведувачот, опфаќајќи ги притоа колковите, чувствува како трохантерите се движат нагоре – надолу, место да кружат околу својата осовина. Можно е да се почувствуваат и крепитации.

Во вториот тип на овој еволутивен стадиум на аномалијата на колкот, репозицискиот феномен е можен, присутен. Со карактеристичниот зафат се успева враќањето на главицата на фемурот во ацетабулумот и тоа изведувачот може да го почувствува со своите раце. Во овој случај, абдукционата ограниченост е поретко при-

сутна. Дури прекумерната абдукција (повеќе од 90 степени) е често можна. Сите други феномени се исти како во претходниот тип.

Ако на дете со вакви клинички наоди му се направи радиографски преглед, ќе се добијат неколкуте карактеристични знаци.

Имено, ацетабуларниот агол е поголем од 35 степени, „h“ дистанцата е помала дури и од 4 mm, а „d“ дистанцата е поголема и од 18 mm. Ацетабуларниот покрив може да биде лесно заоблен, но почесто е деформиран така што е мошне зарамнет.

Јадрата на окоснување или ги нема или се многу хипопластични, ситни и секако не се сместени во внатрешниот, ами се „дислоцирани“ во надворешниот Ombredan-ов квадрант. Надвор се од Perkins-овата вертикалa. Корис-овиот квадрант ја изгубил правилната квадратна форма и добил ромбоиден формат.

Ваквиот радиолошки наод зборува за сублуксиран колк или subluxatio coxae congenita – unilateralis или bilateralis.

5. Последната и најсериозна фаза на развојот на вродена дислокација на колковите е луксацијата, исчапеноста. Од присуството, односно од отсуството на одредени клинички манифестиации, особено на Damani – Ortolani-евиот феномен на можна репозиција се носат и одредени заклучоци.

Доколку феноменот е негативен, односно при вообичаената маневра изведувачот не може да добие репозициски знак на враќање на capitulum femoris во својата чашка, тогаш се работи за една од описаните две форми. Во овој случај абдукционата ограничност е веќе под 45 степени. Скратувањето на натколеницата и целиот екстремитет е присутна. Позитивни се знаците на „тонење“ на колкот при карактеристичното притискање на коленицата кон подлогата. Чувството на енормно големо движење на трохантерите во правец горе-долу (место кружно) е исто така присутно. Кожните набори се јасно асиметрични.

Во вториот случај, тип, Damani – Ortolani-евиот феномен е присутен. Изведувачот при прегледот го чувствува враќањето, репозиционирањето на веќе дислоцираната главица на фемурот, повторно внатре во својата чашка. При овој тип на луксација на колкот, абдукцијата е можна до 70 степени или таа може да биде дури обратно енормно голема до 90 и повеќе степени.

Инаку другите знаци остануваат исти како и при првиот тип.

На радиографијата кај ваквото дете ќе се видат доста карактеристични знаци. Имено, ацетабуларниот агол паѓа во очи со тоа што е поголем дури од 40 степени, ацетабуларниот покрив е стрмен, рамен, некогаш дури и испапчен спрема главицата, место обратно да е во вид на вдлабнатинка со која би се оформувала кружната линија

на горниот дел на чашката на зглобот. „h“ дистанцата е помала од 4 mm, а „d“ дистанцата поголема од 20 mm.

Јадрата на осификација или ги нема или ако се присутни тогаш се грацилни, хипопластични. Нивната поставеност е задолжително во надворешниот Ombredani-ев, горен квадрант спрема латерално од Perkins-овата вертикална линија на радиографијата. Сето тоа е спротивно од нормалните соодноси. Конечно, Kopīc-овиот квадрант, место во форма на квадрат, е ромбоиден.

УЛТРАЗВУЧНА ДИЈАГНОСТИКА

Ехо-дијагностиката, односно употребата на ултразвучните бранови денес има огромна примена во медицината. Скоро да е незамисливо дијагностицирање на голем број состојби на безмалу сите органи и системи во човековиот организам без неа.

Според тоа, ултразвукот наоѓа голема примена и во дијагностицирањето на колковите кај децата. Имајќи го предвид овој факт, години наназад вложував сериозни напори за набавка на неопходната техника и технологија, а паралелно со тоа и соодветна обука. За жал, иако во нашиот центар во последните десетина години се воведени многу ултразвучни техники од доменот на гинекологијата и акушерството, кардиологијата, урологијата, интерната медицина и др., моите заложби остануваа за реализација во „некоја идна“ финансиска година. Сакам да верувам дека бирократско-финансиските пречки ќе бидат надминати во некоја блиска „идна финансиска сезона“. Тоа ќе ни овозможи уште повалидно и порелевантно и најрано да ги контролираме сите наши деца во смисла на оваа патологија. Ќе биде тоа метода на неинвазивно и без озрачување, следење на состојбата на зглобовите на колковите кај нашите најмлади, а како припомош на клиничкиот преглед.

До исполнувањето на нашата желба и надеж, оваа метода ќе биде користена благодарение на сесердната соработка со колегите од Специјална ортопедска болница „Свети Еразмо“ од Охрид. Таа ни е само на 7 km од Струга.

Со обзир на веќе кажаното, ние досега немаме совршено никакво лично искуство со оваа метода. Сепак, сакајќи на некој начин поцелосно да прикажеме кои сè методи ги користи нашиот тим што се грижи за откривање на вродените луксантни состојби на колковите, накратко ќе дадеме некои најосновни сознанија. Морам да напоменам дека притоа исцело е користен материјалот од „Балканска охридска школа за ултразвук“, која имав прилика да ја

посетувам, иако без континуитет и редовност. Имав среќа да ја поседувам монографијата, трудот д-р Анастасика Попоска, „*Ултразвучна дијагноза на вродената исчашеност џа дешките колк*“.

Мојот личен контакт со почитуваната колешка многу ми помогна, особено со својата дозвола да можам да ги цитирам нејзините сознанија изнесени во тој труд. Моралната поддршка, пак, доста ми помогна во пишувањето на оваа моја монографија, во која сакам да направам евалуација на вродената дисплазија на колковите кај децата врз наш материјал, собиран полни 30 години.

Заради тоа на почитуваната д-р сци. Анастасика Попоска искрено и срдечно ѝ благодарам.

Еве некои поенти од тој труд.

„За примената на ултразвукот во медицината, во ортопедијата и неговите физички карактеристики“

Авторката укажува на фактот дека ултразвучните бранови, инаку недостапни и нечујни за човековите сетила, во природата постоеле отсекогаш. Некои живи суштества (лилјаците, на пример) се приспособиле да ги користат и со нивна помош на некој „радарски“ принцип да се движат низ просторот сосема слободно и прецизно, а притоа да немаат развиен орган за вид. До ова сознание прв на научна основа дошол Spallanzani кон крајот на XVIII век. Тој експериментирал со лилјаци и докажал дека тие се движат, иако не гледаат, благодарение на искакви звуци што ги испуштаат и потоа истите тие одбиени од тврд предмет ги примаат. Тоа го открил откако на лилјаците им ги затворил ушите со восок. Нивната моќ за ориентација и движење била отстранета, бидејќи не можеле да ги примат рефлектираните од тврди предмети звуци што сами ги еmitирале. Затоа тие летајќи удирале во препреките по затворањето на ушите со восок.

Развојот на технологијата и техниките на користење на ултразвукот во медицински цели почнува после Втората светска војна за во последниве две децении да заземе широки размери.

Во ортопедијата, според Попоска, пресудна е 1978 и 1981 г. кога Graf прави сериозен чекор напред во користење на ултразвукот во дијагностицирањето на аномалиите на колковите. Се разбира, на овој план би требало да бидат цитирани плеада автори, но овој труд навистина нема такви претенции.

Ќе нагласиме дека колку што се навлегува во знаењата за ултразвучната дијагностика воопшто, сè повеќе и многу брзо се усвр-

шува и технологијата. Се појавуваат сè пософистицирани апарати, а техниките се сè попрецизни. Сето тоа се случува во последните две децении кога секој ден носи некои новини, а секоја нова генерација апарати носи сè пософистицирани дијагностички можности. Авторката нагласува дека ултрасонографијата никако не треба да биде сфатена како конкурентска дијагностичка метода на радиолошката. Напротив, тие се мошне комплементарни во сите области, а особено при дијагностирањето на состојбите на колковите. Комплементарноста се покажува особено кога е во прашање возрастта на детето, од една страна, и степенот на осификација на скелетот, од друга страна. Додека 'рскавичното ткиво е карактеристика на првите месеци од животот, коската е тоа во понатамошниот период. 'Рскавичните структури се битна средина за ултрасонографската техника, а коскените структури се во доминантност на радиотехниките.

Се нагласува битна, но сепак комплементарна разлика во квалитетот на визуелното претставување и острината на сликата (Попоска). Ултрасонографската претстава, вонредно прецизна во периодот на 'рскавични структури, скоро да е беззначајна и неподесна подоцна, кога доминираат коскените структури. Во тој период острината на сликата е поголема при радиолошките истражувања.

Од друга страна, искуствата при долгочините прогнози за развојот на колкот, сосема добри кога станува збор за радиолошките снимања, се сè уште недоволни со ултрасонографските.

Некрозите и другите слични промени и евентуални оштетувања не се предмет на сериозни дијагностички можности на ултразвучната техника. Истите, за радиолошките истражувања, се прецизно описаны и нашироко и со сигурност користени.

Сепак, и покрај тоа, радиолошката експозиција не е од голема припомош кај новороденчињата и во текот на првите неколку месеци. Веќе е кажано дека 'рскавичната структура, која е „лоша“ средина на тие зраци, исто така и заради непрецизната слика и конечно штетноста од озрачувањето, таа не се користи или се избегнува во тој период. Со радиолошката техника не може да се добие жива слика, слика во движење, што дава огромни битни сознанија за проценка на степенот на развиток на колкот. Затоа, пак, сето тоа го овозможува ултразвучната техника, а без озрачувачки ризици, како по детето, исто така и за испитувачот.

Оттука и веќе спомнатата мисла на авторката дека радиолошката снимка и сонографијата на детските колкови не се конкурирачки алтернативи туку преку различни старосни индикации се комплементарни, визуелни ортопедски методи за дијагностирање.

Радиографијата направена во подоцниот период на доенчето, на некој начин, треба да даде потврда на најрано, уште во новороденечкиот период, со ехо-техника, визуелизираната состојба на колковите.

Сепак, клиничкиот преглед останува примарен. Овие две додатни дијагностички методи го надополнуваат. Ако во потрагата по вродената дисплазија на колковите, која е најчеста од сите вродени аномалии на колковите, биде организирана од добро обучен тим, кој има долгочина визија, тогаш на следната генерација доктори што ќе го оформат новиот состав на истиот тој тим, ќе им остане огромното искуство, санирано подрачје, упатени родители и се разбира, само неизбежниот минимум на нерешени, неизлеувани, доцна појавени случаи. Тоа значи дека следниот тим нема да лекува или ќе лекува мошне малу инвалиди.

Овде, накрај, повторно би цитирал една прекрасна мисла на д-р Попоска:

„Со сонографското рутинско истражување на новороденечките колкови се исполнува една стара желба – сон на детските ортопеди. Најважниот фактор за успех на третманот на вродената дисплазија, луксантна состојба на колковите, е забележување, откривање на претстадиумите на зглобните дислокациони процеси, односно развојните фази на зглобот.“

При луксационата положба на доенечките колкови, без погруби механички деформации на рскавично-коскениот ацетабулум, со функционално тераписко зглобно моделирање, може ортопедски да оздравее. Терапискиот принцип е индуцирано созревање на примарно инсуфициентни хипопластични луксирали колкови.

За време на ова третирање, рано дијагностицираните и ултрасонографски документираните новороденечки колкови, во голем дел водат кон потполно нормално конфигурирани зглобови“.

Завршувајќи ја својата монографија, авторката ќе коментира: „Квалитетот и прецизноста на проценката во многу зависи од квалитетот на техниката и искуството на оној кој работи со неа, ултрасонографистот. Тие треба целосно да се во функција на можноста за формирање на слики *во реално време* и на ист начин како што кардиологот може да ги види во движење срцевите валвули и да суди за нивниот квалитет на оптурација. Можно е на ниво на колкот да се направат видливи, не само односите меѓу главата на фемурот и ацетабулумот во различни положби на колкот, ами и да се набљудува спонтаната мобилност и евентуална модификација на тие односи во тек на движењето“.

Д-р Попоска за најповолен ехосонографски преглед на колковите го препорачува овој меѓу третата и петтата недела по раѓањето.

Кој би бил пак мојот коментар?

Како прво, жалам што оваа техника не е техника на моето време, време кога, освен ентузијазам и желба, немав ниту доволно знаење ниту искуство. Среќен сум, од друга страна, што сепак методата е вклучена во последната декада од оние 30 години вложени во личната борба со оваа болест – состојба, вродена аномалија. Таа, пак, како статистички параметар, е онолку колку што е на ниво на Струга и Струшко. Но сепак, морам да нагласам дека таа статистика не важи и не е таква и за семејствата чии деца се засегнати. Имено, ако родителите имаат само едно дете и точно тоа страда од оваа аномалија, тогаш статистиката за тоа семејство укажува застапеност од 100%. Колку е тоа страшно. Треба ли да се зборува за сите психотрауми во семејството, за огромните додатни грижи, материјални издатоци, денгуби, одења на прегледи, контроли, страв, неизвесност, надеж...

Затоа ќе речам, методата е на времето на оваа генерација стручњаци на која на некој начин се вклучувам и јас кон крајот на својот работен век. Среќен сум што на своето долгогодишно клиничко искуство и искуството на колегите радиолози од мојот Медицински центар – Струга, како и ортопедите од блиската ортопедска установа „Св. Еразмо“, Ортопедските клиники од Скопје и Белград комплементарно се вклучуваат младите колеги со своите ултрасонографски знаења.

Така сме сите тим. Така сме сите заедно посилни, така сите сме заедно посреќни и побогати со уште една сосема здрава човечка индивидуа на која судбината ѝ одредила да биде носител на вродена дисплазија на колковите.

Во времињата пред овие тимови, а јас сум нивни современик, сликата на деца и возрасни кои одвај се движат, а како последица на имање на оваа аномалија, беше навистина честа.

Евалуацијата на состојбата каква што беше и каква што е денес е главната цел на овој труд.

Во работните ехосонографски или радиолошки дијагностички процедури и критериуми воопшто немам намера да се впуштам со оглед на тоа што ниту сум компетентен, ниту имам било какви сериозни искуства. Сите ултразвучни прегледи на моите пациенти се направени од колегите кои се занимаваат со методата, а се во рамките на болницата „Св. Еразмо“ или во институциите во Скопје.

Им должиме јас и моите деца, пациенти новороденчиња, доенчиња, предучилишни деца искрена благодарност.

РАДИОЛОШКИ ПРЕГЛЕД (КАРАКТЕРИСТИКИ И КЛАСИФИКАЦИЈА)

Ако некое име вопшто, на научник посебно, милиони пати се најменува секојдневно и буквально на секое катче на земјинава топка повеќе од 100 години, тоа, секако, е името Рентген (Röntgen Wilhelm Konrad). Тоа е името на германскиот научник физичар, кој во далечната 1895 г. ги открил новите таканаречени „Х“ зраци, способни да пронираат низ материји со различна густина и специфична тежина, различно длабоко и со различен интензитет. Тој открил дека низ различни ткаења на човековиот организам различно пронираат. Сопрени на „другата страна“ врз фотофолија, ја осветлуваат слично како светлосните зраци. Таа фотофолија откако ќе биде развиена и фиксирана, ја прикажува во негатив сликата на озачениот предмет, дел од човековото тело.

Ова сознание многу брзо било применено и прифатено во сите научни области, посебно и особено во медицината. Најпрвин на широко се користи во дијагностички за набрзо да поприми и терапевтски цели.

Можностите на ваквото „насликување“, особено на коскените структури, во дијагностицирањето на еволутивниот стадиум на развитокот на колковите кај децата, еве голем број децении најшироко се користени. Може да се каже дека радиографското исследување на овој план најчесто има пресудна улога.

Во текот на првите 3-4 месеци на доенчето, сепак нема поголемо дијагностичко значење, а заради предоминирањето на 'рскавичните структури на зглобот. Веќе после петтиот месец, кога почнува интензивната осификација на зглобните структури, радиографското исследување има најчесто пресудна улога. Дијагнозата поставена врз база на радиографското снимање има сериозна прогностичка вредност. Заради тоа, таа се користела и сè уште се користи на широко и насекаде. Долго време била раширена практиката да се користи и како масовна систематска скрининг-метода (пример за тоа е Законот од 1947 г. во Чехословакија). На овој план таа сè почесто се заменува со ултрасонографскиот скрининг-преглед во неонатолошкиот и раниот доенечки период на децата.

a) Радиолошки кри $\ddot{\text{z}}$ ериуми и знаци

За да бидат лесно препознатливи радиолошките наоди откриени со радиографското снимање, неопходно е да се познаваат карактеристиките на нормален колк кај децата. Во таа смисла има многу трудови на доста автори кои на ова поле навлегле во многу суптилности, но сепак се наметнуваат имињата на *Ombredani, Hilgenreiner, Menard-Chenton и Kopitz*.

Методите на дијагностицирање врз база на одредени критериуми, агли, линии, растојанија и сл., што се релевантни, се надополнуваат. Конечниот заклучок се носи откако сите елементи ќе бидат соодветно искорелирани меѓу себе.

Врз нативниот радиограм, кој се „чита“ на негативоскоп, се баираат и се следат карактеристичните линии и агли, а потоа и се мерат дистанците со линеар. Често се исцртуваат сите линии врз графијата, но со тоа на некој начин се оштетува истата. За да се избегне тоа, се користи така наречената „Shmit-ова транспарентна мрежа“.

На горниот нејзин дел се исцртани остри агли (до 25, односно 40 и повеќе од 40 степени). На долниот дел е исцртана мрежа од квадрати како на милиметарска хартија. Таа се користи така што се поставува врз радиограмот. Нејзината хоризонтална линија ја следи хоризонталната линија што ги допира најниските точки на двата ацетабулума (аглите). Вертикалата на оваа мрежичка се поставува врз средната, централна линија на радиаграмот, а таа, пак, во суштина, е вертикална, поставена под прав агол врз хоризонталната што ги допира напомнатите најниски точки на двата ацетабулуми.

Вака правилно поставената мрежица овозможува да се оцени колкав е аголот што го означува ацетабуларниот индекс, мерен во степени, од една страна и вертикалната „h“, односно хоризонталната „d“ дистанца, мерени во милиметри.

Доколку не располагаме со таква простира мрежица, истата цел ќе ја постигнеме со исцртување на неопходните линии со кои се добиваат аглите, а потоа со агломер и ленир се врши мерење.

Hillgenreiner – ова шема

I) Ацетабуларен индекс

За да се добие овој индекс, прво се вртува хоризонтална линија што ги допира двете „S“ најниски точки на двата ацетабулума. Оваа линија се вика Hillgenreiner-ова хоризонтала. Потоа се вртува втора

права линија која ги следи контурите на ацетабулумот, односно ги донира двете најистакнати точки на ацетабуларниот конкавитет.

За секој ацетабулум се вртува посебна линија. Овие линии почнуваат од најниските точки на ацетабулумот низ кои поминува и хоризонталната линија. На тој начин се добива кос агол. Овој агол се означува како ацетабуларен агол или индекс. Се мери со агломер.

Договорно е ошто прифатено за возраст од околу 5 месеци овој агол за нормално развиен колкото максимално може да изнесува до 30 степени. Ова, сепак, се условува со уредно развиен ацетабулум. Тоа подразбира добро прикажан раб и остри и јасна и хомогена градба на коската на ацетабулумот. Доколку тоа не е случај, тогаш максималната големина на ацетабуларниот агол не смее да надминува 26 степени. Значи, ако овој агол е поголем од 30, односно 26 степени во вториот случај, тогаш наодот се смета за патолошки.

2) „h“ дистанца

Вертикалната раздалеченост, растојанието од највисоката точка на епифизата на фемурот до централната медијална хоризонтала (Hillgenreiner-ова хоризонтала), со која се сечи под прав агол (односно е најкуса), ја означува таканаречената „h“ дистанца. Се мери со првидната Shmit-ова милиметарска мрежичка или со ленир. Најмалата дозволена раздалеченост, за да се смета наодот нормален, изнесува 6 mm. Секое скратување на ова растојание под 6 mm се смета за патолошко.

3) „d“ дистанца

Највисоката точка на епифизата на фемурот што со вертикалата под прав агол се спојува со централната хоризонтална линија (Hillgenreiner-ова хоризонтала), во нормалниот колкото на дете во петтиот месец од животот, е максимално оддалечена од најниската точка на ацетабуларниот раб до 16 mm (мерено врз централната хоризонтална линија). Оваа раздалеченост, всушност, ја означува таканаречената „d“ дистанца. Ако е поголема од 16 mm, се смета за патолошка.

4) Поставеност на *capitulum femoris* во чашката

За да се процени поставеноста на главичката на фемурот во нејзиниот ацетабулум, неопходно е да се нацртаат така наречените Ombredani-еви квандранти, та да се види во кој квандрат се наоѓа јадрото на окоснување. На основа на тоа се носи заклучок за положбата на главичката од фемурот.

Ombredani-евите квандранти се добиваат со вртување на таканаречената Perkins-ова вертикална линија перпендикуларно (вертикално под прав агол) поставена на или врз централната Hilgenreiner-ова линија, а минува низ работ на ацетабулумот. Така се

добиваат 4 квадрати – 2 внатрешни, медијални, горен и долен, и 2 надворешни – латерални, исто така горен и долен.

Според тоа во кој квадрат се наоѓа јадрото на окоснување, се носи проценка на состојбата на еволутивен развиток на тој колков зглоб.

Доколку јадрото се наоѓа во долниот надворешен квадрант, се работи за сублуксиран зглоб. Ако пак јадрото се наоѓа во горниот надворешен квадрант, тогаш станува збор за вистинска луксација.

Долниот внатрешен квадрант е вистинското место на кое треба да се наоѓа јадрото на осификација кога колковиот зглоб е уреден, физиолошки здрав, стабилен колк.

5) Кога оваа линија (вертикалa) го допира јадрото на окоснување, тој колк, исто така, се смета за патолошки во смисла на сублуксација. Нејасен раб на ацетабулумот се смета за патолошки знак

6) Длабочина на конкавите пошти на ацетабулумот

Конкавитетот на ацетабулумот не смее да биде изгубен и ацетабулумот зарамнет. Таквиот наод се смета за патолошки.

7) Контури на покривот на ацетабулумот

Тие мора да бидат јасни за јасно да се оцртува покровот на ацетабулумот.

8) Kopitz-ов четвороаголник

Овој четвороаголник се добива ако се спојат крајните точки на покривот на ацетабулумот и крајните точки на проксималната метафиза на фемурот. Споени овие 4 точки со прави линии, во нормален колк, оформуваат правоаголен четвороаголник. Ако тој четвороаголник е во вид на ромбоид, тогаш со сигурност се работи за луксирани зглоб.

9) Menard-Chenton-ова линија

Оваа линија е кружна. Претставува продолжение на лакот, кружната оптураторна линија кон и по внатрешната кружна линија на вратот на фемурот. Во најголем број од случаите, при нормално развиен зглоб на колкот, тие две кружни линии прават една непрекината линија како да е дел од еден ист круг. Во сите случаи може да се следи нивниот континуитет. Но, ако сепак тоа не е случај, ако го нема тој континуитет, ако двете кружни линии се движат како да се делови од два различни круга, тогаш се работи за патолошки знак. Имено, станува збор за сублуксација или дури и за луксација на тој зглоб.

Сепак, на овој знак, особено во време на рана доенечка возраст, мора критички да се гледа, бидејќи тогаш постои и физиолошки зголемена антеторзија на вратот на фемурот. Секако, кај повозрас-

иото дете овој знак има значително поголема дијагностичка вредност.

Во литературата се опишуваат и други радиолошки знаци и феномени, но сметам овие се најмногу експлоатирани во секојдневната практика. Во радиолошките прирачници, како и во заедничкиот труд на авторите од Војводина Пајиќ-Николоќ-Поповиќ, под наслов „Луксантна аномалија кука на подручју Војводине и приручник за дијагностику и терапију“, издаден во Нови Сад во 1975 г., описот на сите знаци ни се чинеше најцелосен и најјасен. Од тие причини и принципиелните описи што ги изнесов се целосно користени од тој извор. Заради тоа должам голема благодарност кон цитираните автори. Благодарност и на моите колеги радиолози од нашиот Медицински центар во Струга, особено на д-р Ѓуро Милошски, со кого и ја започувавме заедно оваа макотрпна работа пред повеќе од 30 години.

Во претходниот текст веќе укажав на клиничката симптоматологија според која се носи заклучок за тоа дали колкот е нормален, стабилен или неговата еволуција се движи кон некој од стадиумите на луксабилен, дислоциран, диспластичен колк. Тоа беше детално описано во делот во кој се зборува за клиничката класификација на состојбата на колковите.

За ултрасонографските наоди и критериуми е, исто така, најкратко даден мал осврт, но со обзир на немање на лично искуство, тоа е направено само како напомена за огромната важност што денес ја има таа метода. За деталите ќе се повикам на литературата, особено на трудот на д-р Попоска.

Со толкувањето на радиографските снимања, со тек на годините, „читајќи“ огромен број, секако, често пати и веќе „прочитани“ снимки од страна на радиологот, стекнував и лични искуства. Ги споредував своите видувања со она што беше напишано на меморандумот од страна на радиологот и конечно со меморандумот на ортопедите. Така учев, така сè уште учам и настојувам сè помалку да грешам.

Б. Радиолошка каѓегоризација на состојбата на колковите во џепишниот месец од животот (ориентациона шема)

1. Колк без радиолошки промени:

- ацетабуларен агол помал од 26 степени;
- „h“ дистанца поголема од 6 mm;
- „d“ дистанца помала од 16 mm;

- јадро на окоснување нормално развиено;
- јадрото е во долниот внатрешен Ombredani-ев квадрат.

2. Сомнение за дисилазија:

- ацетабуларен агол од 26 – 30 степени;
- „h“ дистанца од 6 – 4 mm;
- „d“ дистанца од 16 – 18 mm;
- јадрото на окоснување е нешто понејасно, понеразвиено;
- јадрото на окоснување е во внатрешниот долен квадрат.

3. Dysplasio:

- ацетабуларен агол поголем од 30 – 35 степени;
- „h“ дистанца помала од 6 mm;
- „d“ дистанца поголема од 16 mm;
- јадрото на окоснување неразвиено или ситно;
- јадрото на окоснување се наоѓа во долниот внатрешен или е веќе во надворешниот Ombredani-ев квадрат.

4. Subluxatio:

- ацетабуларен агол поголем од 35 степени;
- „h“ дистанца помала од 4 mm;
- „d“ дистанца поголема од 18 mm;
- јадрото неразвиено или слабо развиено и ситно;
- јадрото, ако е развиено, тогаш е сместено во надворешниот долен Ombredani-ев квадрат.

5. Luxatio:

- ацетабуларен агол поголем од 40 степени;
- „h“ дистанца помала од 4 mm;
- „d“ дистанца поголема од 16 mm;
- јадрото неразвиено или слабо развиено;
- јадрото ако е развиено, е во надворешниот горен квадрат.¹

Зрелоста на јадрото на окоснување во петтиот месец е физиолошка појава само кај 75% од случаите. Кај останатите 25% тоа се јавува подоцна, во следните месеци. Затоа, задоцнувањето на созревањето на јадрото на окоснување не е секогаш сигурен знак за патологија на зглобот. Плиткиот ацетабулум, ако е еднострани, претставува честопати сигурен знак, но ако е единствено плиток обострано, тогаш не може со сигурност да се искористи за поставување дијагноза за патологија на колкот. Тогаш се бара додатно и некој друг од веќе наведените знаци за вродена луксабилна состојба на колко-

¹ Види прилози

вите. Ако се присутни (неразвиен или неосифициран горен раб на ацетабулумот) и кос покрив, без конкавитет или дури со конвекситет, а изостанува и јадрото на окоснување, тогаш прогнозата на вака патолошки развиениот колк е лоша.

ЗА ЗНАЧЕЊЕТО НА РАНОТО ОТКРИВАЊЕ, ОДНОСНО ЛОШИТЕ РЕЗУЛТАТИ ОД КАСНОТО ОРТОПЕДСКО ТРЕТИРАЊЕ НА DCC

Долго време напорите на лекарите биле сконцентрирани на лекување на манифестните знаци на LCC (*luxatio coxae congenita*) – име кое е користено врз база на најупадливиот симптом, степен на аномалијата. Но, за жал, тие манифестни знаци се појавуваат откако детето ќе прооди и ќе почне да криви, односно куца. Ова и ние го бележиме предолго и пречесто во нашата практика.

Применуван е огромен број неоперативно конзервативни и оперативни методи и нивни модификации на секаде низ светот за лекување на оваа вродена малформација. Напишани се и се објавени огромен број студии но сепак резултатите од лекувањето и низа децении биле нездадовителни и со лоши последици. Така, седумдесеттите години на минатиот век, повеќе автори наведуваат мал процент на излекувани деца од оваа вродена аномалија.

Групата белградски автори на чело со Предраг Клисиќ, во својот проект на оваа тема, ги цитираат авторите и нивните соопштенија за процентот на успешно излекувани, веќе манифестни случаи на оваа аномалија.

Еве неколку позајмени податоци од тој проект – студија.

Tailard од Швајцарија прикажува бројка од 4% комплетно излекувани деца; *Lange* од Германија зборува за 8,2%; *Severin* од Шведска – 4,2%; *Hnevkovsky* од Чекословакија има 5,3% излекувани; *Zanoli* од Италија – 8%; *Brecelj* од Словенија 21,8%; *Fhorn* од Босна и Херцеговина – 9,5%; Сударов од Београд – 1,8%; Ковачик од Загреб – 4,7% и др.

Значи, огромното мнозинство на ваквите деца, случаи, со вродена луксантна состојба на колковите, особено оние со најтешкиот тип – LCC, порано или подоцна воadolесценцијата завршуваат со болна трајна артроза, односно со помал или со поголем инвалидитет (кај повеќе од 80% од случаите на LCC).

Секој вид лекување на оваа состојба испаѓа дека е палијативно, која повеќе или помалку ги ублажува тегобите. Оттаму и фактот што ваквите пациенти претставуваат социјален проблем. Тие значи-

телно ги оптеретува фондовите за здравствена заштита (Милошевик).

Во почетокот на минатиот век, и годините и децениите што следат, на овој план се одбележени многу автори кои укажаа и докажаа од колкава важност е раното откривање на аномалијата за процентот на излекуваните да се измени на добро, и тоа драстично. Многу автори потврдуваат дека аномалијата може да се открие во раниот неонатален период и ако веднаш се пристапи кон соодветно лекување, излекувањето е скоро сто процентно, а артрозите се скоро исклучени.

Италијанскиот прочуен педијатар Ortolani пред Втората светска војна воведува систематско рано откривање на оваа аномалија и со тоа практично започнува нова историја во педијатријата, односно во ортопедијата.

Следи законот повеќе пати спомнуван за задолжителна радиолошка контрола на секое доенче во првите 6 месеци од животот во Чехословакија уште во 1947 г.

Потоа беше лесно ваквите систематски прегледи да бидат прифаќани насекаде во светот, па и кај нас.

И некако одеднаш од оние застрашувачки мали проценти на излекувани деца, кои беа едноцифрени, се реферираат 81% - Бекер од Германија, 94,7% - Panseit од Соединетите Американски Држави, 89% - Zanolli од Италија и др. Тоа се резултати од периодот на втората третина на минатиот век. Неговите последни го-дини бележат уште повисоки бројки што се близнат дури и до 100% излекувани, доколку откривањето на аномалијата и соодветно спроведениот третман се рани, а по можност ултра рани (според авторите од Нови Сад, од Војводина).

Авторите од поранешната наша заедничка држава СФРЈ: Брецел, Чупиќ, Соча, Лакиќ, Кепески, Серафимов, Пренда-Нича иницираат и сесрдно преземаат систематски прегледи за рано откривање и, се разбира, рано третирање на сомнителните и потврдени случаи на оваа аномалија. Нивните пионерски трудови денес се основа за работа на огромниот број педијатри вработени во широката и мошне развиена педијатристка мрежа насекаде низ Република Македонија. Аномалијата се открива уште во неонатолошките одделенија, се потврдува сомнението или дијагнозата во детските советувалишта. Во нив трагањето е активно, додека во педијатристките диспанзерски ординации тоа се прави пасивно (во случај на доаѓање на дете заради некое друго негово актуелно заболување). Покрај другото, тогаш се врши преглед и во смисла на тра-

гање по оваа аномалија. Потоа вака детектирани случаи, се лесна задача за компетентните ортопеди.

Овој принцип на работа што профилакса, значи, е најшироко применет и секојдневно во практиката и во нашиот Медицински центар – во породилиштето, во детското советувалиште и во педијатриските ординации.

Сепак, дали се сите дилеми разрешени, дали на сите прашања се дадени задоволителни и конечни одговори?

Дали е проблемот толку симплифициран и лесно решлив секогаш и за секое дете?

Дали методите на работа и организираното систематско трагање се секогаш најдобро одбрани?

Дали методите за клиничко, радиолошко или ултразвучно поставување на дијагнозата се секогаш и во сите случаи егзактни?

Дали се уедначени критериумите и дали имаме сите секогаш исти ставови како при поставувањето на дијагнозата, исто така и при одредувањето на методите на лекување?

Се чини дека одговор на овие и на уште многу, многу други непоставени прашања нема априори и повеќе од јасно станува дека уште долго ќе нема. Тешко е да се каже колкав процент на деца со оваа аномалија спонтано би се излекувале. А кој пак има храброст, само заради задоволување на статистичката љубопитност, да експериментира со помала или со поголема група деца и да ги остави на волјата на судбината, та отпосле да констатира дека „толку проценти од децата“ спонтано се излекувале од оваа аномалија!

Аномалијата откриена кај новороденче може да биде од било кој степен. Ако се работи за најтешката форма, луксацијата (LCC), тогаш и веднаш започнатото лекување ќе трае подолго, ќе биде и потешко. Но, полесните форми што превенираат кон развиток на дисплазија, полесно и побрзо стасуваат до комплетна санација.

Пет месеци подоцна, кога веќе се очекува окоснување на скелетот, а со тоа и развивање на покривот и работ на ацетабулумот, битни елементи за дијагностицирањето, со радиографски преглед, се доаѓа до вистинска дијагноза. Возрастта е сè уште оптимална за лекување и излекување.

Подоцните открините и дијагностицирани аномалии носат многу проблематични непознаници и несигурност за исходот од лекувањето, особено за посеризните форми.

Клисик и соработниците подробно ги описуваат потешкотите при поставувањето на дијагнозата.

Така, при трагањето по феноменот на „прескокнување“ мора да се разликуваат обичните крепитации што се чести кај новороден-

чињата, а немаат посериозно значење, барем кога е во прашање оваа аномалија. Понекогаш, особено ако прегледот се врши во несоодветни микроклиматски услови или со студени раце, нагло се вознемира детето, можно е тоа физиолошки да ја контрахира бутната мускулатура, та тоа да ни имитира ограничена абдукција во колковите. Прегледот мора да биде добро извежбан во сите фази на абдукција и аддукција. Трохантерот треба да се подига во фазата на абдукција додека, пак, при аддукцијата фемурот да се притиска надолу кон леглото. Во секој случај, за овој маневар сепак деталите често ги препуштаме на ортопедот, кој ќе ја донесе и конечната дијагноза.

Слично постапуваме и подоцна со радиографскиот преглед. Конечниот збор за радиолошката дијагноза, секако, го има радиологот откако ќе ги исцрта неколкуте неопходни линии и користејќи агломер и ленир ќе донесе вистински заклучок. Секако, исправната, односно неисправната положба на карлицата на детето при експозицијата може битно да влијае при посенјето заклучок од „прочитаната“ графија.

Сиве потешкотии се минимизираат со сè пошироката примена на ултразвучниот преглед на колковите во неонатолошкиот и раните доенечки месеци. Ова, пак, за среќа, зазема огромен замав и примена во последниве две децении, а сепак е неинвазивна неозрачувачка метода.

Клиничкиот преглед во комбинација со ехосонографијата и конечно радиографската потврда, се метода што гарантира вистинска дијагноза со максимална сигурност. Ако се направи тоа уште и доволно рано, тогаш нашето дете има огромни шанси здраво да му се радува на животот што му претстои.

Инаку овој авторски тим укажува и на значењето на радиоизрачувањето и евентуалните последици од него. Оттука и неопходната заштита.

Кај женските деца озрачувањето на овариумите е секако минимално и можеби е подобро експозицијата да се врши дури и без заштита со која, ако се настојува таа да биде потполна, можно е зглобот да биде закриен и да мора прегледот да се повтори.

Кај машките деца озрачувањето на гонадите е значително и затоа е сепак неопходна специјалната гумена заштита.

Радиолошките контроли не треба да бидат вршени порано од 6, односно евентуално 3 месеци.

ЗА ЗАЧЕСТЕНОСТА НА ВРОДЕНИТЕ ЛУКСАНТИИ СОСТОЈБИ НА КОЛКОВИТЕ (DCC) И ПРИНЦИП НА ТРАГАЊЕ

Вообичаените епидемиолошки анализи и процедури врз база на пријавените и регистрирани, дијагностицирани случаи, се несодветни и неупотребливи, невалидни. Нивниот број никако не може да се искористи за правана статистички анализи и споредби со бројот на популацијата на одреден регион, доколку е тоа статичка слика направена врз база на пресек на состојбата во одреден миг, така наречен „критичен период“.

Има повеќе причини за тоа, а тимот на Клисиќ цитира неколку:

— Малформацијата е „скриена“, неманифестна, латентна кај голем број новороденчиња, така што новороденчето прогласено за „здраво“ во оваа смисла никако не значи дека такво ќе биде и подоцна во животот;

— За време на доенечкиот период, мал број манифестиации што би укажале на DCC можат да забележат самите родители, та од таа насока и да побараат лекарска помош;

— Аномалијата честопати станува „видлива“ дури кога детето ќе прооди. Неретко се случува дури ни тогаш со ништо детето да не покажува дека ја има аномалијата. Во тие случаи, првото сомнение родителите го воочуваат некаде пред нивното дете да тргне во прво одделение. Не мал број деца и во овој период немаат никакви знаци на аномалијата. Следниот „критичен“ период е пубертетот. Познат е значителен број на случаи што својата прва манифестиација на маната ја експонираат (кај женската популација) за време на бременоста, односно породувањето.

— За жал, доцните манифестиации најчесто се и во вид на секундарни артрози, хипоплазии, остеофити и други разни деформитети. Во тие случаи дијагнозата на DCC се поставува ретроградно. Ова никако нема значење за пациентот, бидејќи веќе е доцна за многуте познати процедури.

Заради тоа авторите од овој тим укажуваат на фактот дека единствен начин за утврдување на зачестеноста на овој ентитет е само по пат на најшироки и најмасовни систематски прегледи на најмладата детска популација. *Тие треба да се сеопфати, повторувачки и да траат во лонгитудуда, со тоа што од детското советувалиште ќе бидат прифатени и преземени од училишните педијатри. Од нив ќе продолжи следењето на состојбата во училишниот период. Значи, неопходно е систематско лонгитудинално следење на децата што започнува во првиите денови од животот, нейос-*

редно йосле раѓањето, во неонајполошкиот одделенија, ја преку дейскиот советувалишта во училишните диспанзери и конечно реѓрушкиот центри и советувалиштата за бремени жени и породилиштата. Ако во овој период не се открие знак за аномалијата, ретко може да се очекува таа да се манифестира во подоцнежниот живот.

Заради тоа и заради многу пошироко значење на ваквите размисли на тимот на Клисиќ, ние насловот на нашта студија, од која овој труд за вродените луксантни состојби на колковите е само дел, го насловивме: „ПРОЕКТ СТРУГА 83 – лонгитудинална, простирачка студија за распоред, развиокочката и оштетата здравствена состојба на децата во Струга и Струшко“.

Во досегашниот текст беше обработуван овој проблем, оваа вродена аномалија од повеќе аспекти. Многупати, особено во делот во кој се зборува во историјатот за стекнување сознанија за неа, беше нагласено дека низ времињата минати што допираат, до пред нашата ера на патот се приклучувале генерации, генерации учени доктори. Одејќи по тој пат, многумина од нив го вградиле својот работен век во мозаикот од вистини за оваа аномалија, кој очигледно не е довршен ни до нашиве дни.

Па еве, нека и овој мој труд биде едно „камче“ во тој мозаик. Сакам тоа да биде мал придонес. Сакам да биде скромна евалуација на сè она што во изминатиот период од три децении ние како тим сме направиле и да укажеме на зачестеноста на оваа аномалија кај детската популација во Струга и Струшко.

Сепак, претходно би цитирал неколку наши автори кои слични студии работеле многу порано пред нас, така што сега јас можам да ги користам нивните сознанија како вистински пионерски трудови. И покрај тоа што цитираните трудови и резултати се однесуваат на едни веќе поминати времиња, сепак, со самиот факт што се водечка тема на два конгреси, укажуваат на сериозноста како на проблематиката, исто така и на сериозноста со која нашите автори ѝ пријдуваат.

Најпрвин би ги цитирал резултатите од исследувањата на доајенот на нашата ортопедија, професорот Кепески. Со посебна намера ја цитирам позајмената табела на Кепески, таа укажува на состојбата, на застапеноста на вродените луксантни аномалии на колковите кај новороденчињата од двете скопски родилишта, и тоа во периодот од 1968 до 1977 година. Намерата ми е оваа табела да послужи како **првичен** материјал за сите понатамошни споредувања. Таа укажува на фактот дека околу 8% од новороденчињата,

во тој период во цитираните скопски родилишта, имаат некој сигурен знак, а повеќе од 2% биле сусспектни за DCC.

година	родени	предледани	здрави	со ЛИШ	%	сuspекти	%
1968	5953	5379	5146	135	22,68	98	16,46
1969	6462	5918	5431	385	59,58	102	15,78
1970	6366	6043	5602	323	50,74	118	18,54
1971	6542	6105	5175	764	116,78	166	25,37
1972	7059	6700	5777	778	110,21	145	20,54
1973	7297	6920	6085	678	92,91	162	22,20
1974	7651	6858	5923	615	80,38	320	41,82
1975	7898	7160	6298	710	89,89	152	19,24
1976	7952	7041	6131	675	84,88	235	29,55
1977	8530	8007	7071	789	92,49	147	17,23
Вкупно	71710	66136	58639	5852	81,61	1645	22,94

Авторите Османли и Пренда-Нича од Битола на VIII конгрес на лекарите од СРМ, одржан во Охрид во 1970 г., реферираат за 8 423 раѓања и 203 вродени аномалии со 45% учество на аномалии на екстремитетите. Авторите апелираат на тесна соработка меѓу акушерот и педијатарот неонатолог.

Кепески, Ќурчиски, Баланчески и Прилепчанска ја нагласуваат огромната улога на патронажната поливалентна сестра за (сега веќе надминатиот проблем) отстранување на вековно чуваната традиција и навика за повивање на бебињата со повој, „како фишек“. Во таа положба на нозете, колковите се фиксирани во пајлошата, спротивно на физиолошки неопходната положба. Тоа придонесува предиспонирачки моменти и фактори за развој на луксантна состојба на колковите да биде исфорсирана до манифестна состојба.

Баланчески, Кепески, Прилепчанска, Такашманов и Ќурчиски укажуваат на фактот дека вродената дисплазија на колковите кај децата е најчеста од сите вродени аномалии со застапеност дури до 5,2%.

Пренда-Нича, Кепески, Ќурчиски и Османли потврдуваат дека улогата на педијатарот неонатолог е огромна во откривањето на сите вродени аномалии, вклучително и луксантната состојба на колковите. Огромен дел вродени аномалии на колкот се лекуваат и се излекуваат. Ова особено ако бидат рано откриени.

Инциденцата на DCC кај децата родени со карлична презентација посебно се нагласува. За нејзината зачестеност и причините зборува Баланчевски на X конгрес на лекарите од СРМ.

На просторите на поранешниа СФРЈ, која впрочем е земја со голема зачестеност на оваа аномалија, преваленцијата се движи од 1,7 до преку 40% во зависност од регионот (Паик во својата докторска дисертација на оваа тема бранета во Нови Сад во 1974 г.)

Брецель од Словенија во осумдесеттите години реферира за инциденца од 4,3%.

Каршер и Викinson во седумдесеттите години нашле дека карличната презентација во начинот на раѓањето на децата учествува со 2,6%. Меѓу карлично родените деца инциденцата на DCC досега била дури и до 25%.

Вртолјак наоѓа 3,7% зачестеност.

Во Европа се реферира од 0,1 до преку 24%.

Со еден збор, на овој план постои големо шаренило, неуедначеност.

Зошто е тоа така?

Во петтиот месец на фетусот наглото растење на плодот не е соодветно следено со растот на утерусот. Плодот се бори за простор (прави движења) со што се зајакнува мускулатурата. Ова е оптимално при свиткана глава, свиткан 'рбет, свиткани нозе. Зајакнувањето на мускулатурата спречува евентуални малпозиции што доведуваат до лош развој на (меѓу другото) зглобот на колкот. При карлична презентација овие кондиции се пореметени, а притиснатиот дел неправилно се развива, со што се придонесува за дисплазија (Баланчески).

Ако притоа има уште и хормонална предиспозиција за зглобна лабавост, тогаш уште повеќе се придонесува за развој на DCC (Wilkinson).

Оттука интересот и следењето на вака родените деца мора да биде позасилен.

Од 22213 рафања за 5 години, во Скопје со карлична презентација биле 336, односно 1,5% од децата. Меѓу нив 100 деца, повеќето женски, имале некој степен на луксантна состојба на колковите или скоро 30% (Баланчески).

Османли и Пашанку реферираат за десетгодишен период, и тоа од 1968 до 1977 г., материјал од преку 16 000 рафања во Битола. Со карлична презентација биле родени 3,4% од децата, а од нив 5,9% развиле DCC. Спротивно на нив, меѓу децата родени со главична презентација, DCC е застапена со само 0,6%.

Пашанку и Османли од Битола реферираат десетгодишен период (1968-1977 г.) и 16215 деца. Тие откриваат DCC кај 8% од децата. Од сите деца со DCC, 25% биле родени со карлична презентација. Меѓу децата родени со царски рез, оваа аномалија ја имале 9,2% од децата. Прво родени меѓу нив биле 67%. Грото односно 66% биле женски. 90% од мајките биле на возраст од 20 до 30 години. Кај 13% од децата со DCC имало позитивна фамилијарна анамнеза за оваа аномалија.

Рамбабов од Штип реферира за 3666 прегледани новороденчиња. Меѓу нив, кај 1,52% нашол позитивен знак на Ортолани, а дури кај 9,9% позитивен Палмен. Како супекти на аномалијата биле 3,32%. Тој ги изложува своите искуства од раното откривање и третман од оваа аномалија. Поентата ја става на тимско систематско работење врз овој проблем.

Поњавиќ од Регрутниот центар, на цитираниот X конгрес на лекарите од СРМ, реферира за застапеност на оваа аномалија од 8 до 10% меѓу момчињата пристигнати за регрутација.

На овој конгрес, Абази од Тетово следи неколку години движење на оваа аномалија меѓу новороденчињата родени во болнички услови. Со позитивен знак на Ортолани биле 1,2%, а Палмен е најден кај 8,4%. Ограничена абдукција нашол кај 0,8% од новороденчињата. Извештајниот период пружа ограничени можности за поисцрпна анализа поради фактот што грото од децата од Тетово и Тетовско (преку 65%) тогаш се рафале во домашни услови.

На X конгрес Ковачевски, Коскоски и Матоски од Струга реферираат за зачестеноста на оваа аномалија во нашата средина. Таа изгледа така:

година	родени	откриени	%
1973	1473	18	12,22
1974	1382	16	11,58
1975	1426	22	15,43
1976	1438	27	18,78
1977	1336	27	20,21

Ако се земе предвид само една година, на пример 1977, испаѓа дека нашите 20,21 деца на 1000 живородени, споредено со инциденцата од 92,49 на 1000 родени од анализата на Кепески (види стр.) се 4 пати помалку. Дали има причина за ваквиот голем расчекор меѓу нашиот и материјалот на д-р Кепески? Не е ли причината во нашето недоволно искуство?

НАШ МАТЕРИЈАЛ

Ете, сето што се обидов накратко да укажам во претходните поглавја беа вистини и дилеми што севезден ме потсетуваа на она бебенце од пред триесетина години. Сево ова пролетано време се трудев да осознаам и свои вистини, та нив да ги споредувам со оние од литературата што ми беше достапна.

Се нижеа годините, поминаа три децении. И покрај катадневното систематско лонгитудинално следење на состојбата, и покрај трендовското снижување на возраста на децата во моментот на поставувањето на дијагнозата, и покрај рано отпочнуваната терапија и рахабилитација, проблемот сè уште стои и е меѓу нас. Сепак, сметаме дека го имаме под контрола и дека успехите се евидентни. Најчестата препорака од ортопедите со која ни се враќаат децата во нашето советувалиште сега веќе гласи: „*Широко йовивање, вежби, коншроли*“.¹ За среќа, најчесто на тоа и се останува, иако понекогаш се вметнуваат и нешто посериозни тераписки процедури.

Пред да бидат изнесени резултатите од нашето истедување, должам воведно објаснување за она што ќе биде предмет на ова поглавје и методот на работа.

Материјалот генерално содржи две групи деца. Имено, едната група се деца следени во периодот од 1972 до 1982 г. Тоа е период кога сите податоци за децата ги внесувавме во постоечките стандардни здравствени картони за деца. Сè она што беше неопходно во студијата, а беше релевантен податок, внесувавме во посебни, наши наменски изработени картони, меморандуми, прашалници, анкети, изјави и сл. Податоците од тој период се „рачно“ анализирани и врз база на така добиените сознанија се правени одредени статистички анализи.

Се работи за една популација од 15 568 деца родени во периодот од јануари 1972 до декември 1982 г.

Бројот на децата со вродена луксантна состојба на колковите ја чини проучуваната група деца за тој период и е предмет на наши детални анализи.

Сите деца од таа прва група се евидентирани во посебни „протоколи“, азбучно и старосно средени. Користејќи ја таа „матична документација“, се правеа повремени периодични повикувања на децата за контрола. На тој начин се носат заклучоци за моменталната состојба на колковите следена еволутивно. Така се одредува епилогот од евентуално преземените терапевтски процедури во времето кога детето било во ситуација да има потреба од истите.

Родителите на тие деца (некои од нив сега се веќе родители на свои деца), како и децата, со задоволство се одсиваат на нашиот повик на контрола. Задоволството од успехот е заедничко, нивно и мое, наше и големо.

Втората група деца, родени од јануари 1983 до есента на 2004 г., изнесува околу 26 000. Најголемиот дел од нив се деца што повеќе или помалку редовно го посетувале нашето советувалиште и се следат лонгитудинално, систематски, планирано на одредени временски интервали и со сите каутели што се предвидени за ваквите периодични контроли. Во нив следењето на состојбата на еволутивниот развиток на колковите во сите нивни фази е само еден, би рекол, мал сегмент. Тие прегледи се навистина сеопфатни. Содржат комплекс параметри, толку широк што овозможува софистициран научен поглед и контрола врз севкупниот раст, развиток и општа здравствена состојба на децата. Тоа не е слика, пресек, статичен момент на една состојба, ами севкупен, детален мониторинг за секое дете во лонгитуда од неговото раѓањето доadolесценцијата.

Сите податоци за секое дете (од оваа втора голема група) и за сите 20 000 деца (колку што ние следиме), и за сиот временски период од март 1983 до есента на 2004 г., се „значи“ што ја исполнуваат мегабајтовската датотека на нашиот „ПиСи“. Комплетната пак статистичко-аналитичка разработка се случува благодарение на хардверско-совтврските решенија изгответи во секторот за информатика на Македонски железници во Скопје. Банката на податоци преместена од овој Центар во нашето советувалиште и во нашиот „ПиСи“ целосно ни е на располагање. Благодарение на нивните безграницни можности, беше и издвоена „со име и презиме“ поголема група деца кои имале несреќа да се носители на најчестата и никако не наивна вродена аномалија на екстремитетите - вродените луксантни состојби на колковите.

Зашто така ја нарекувам кога таа содржи точно дефинирани неколку дијагнози што прецизно го означуваат степенот до кој во својот ненормален развиток стигнал колкот - колковите?

Тука е мојот сериозен, би рекол, единствен поголем хендикеп на овој план што на некој начин и ги детерминираше принципите, методите на работа.

Имено, сиве изминати децении ангажман врз оваа проблематика, наидував и наидувам на една битна дијагностичка пречка. Таа ме оневозможува во прецизното дефинирање на состојбата на ненормалните, незрелите колкови, на точната единствена диференцијална дијагноза.

Сè уште не сум во ситуација да презентирам точно која форма (клиничка, ултрасонографска или радиолошка) на маната колку е застапена меѓу децата.

Зошто е тоа така?

Страотна е неусогласеноста, неуедначеноста на критериумите меѓу лукето, меѓу стручњачите што се занимаваат со оваа проблематика, и тоа не само кај нас. Сметам дека главна причина за ваквата состојба е немањето единствени национални доктринерни ставови во оваа насока, а со тоа се сложуваат повеќемина автори, лекари ортопеди и педијатри.

Често ни се случува да радиолошкото толкување на степенот на ненормалниот развиток на колкот несоодветствува со наодот од клиничкиот преглед од страна на ортопедот. Неретко се случува нееднаков наод од различни ортопеди. Додатна збрка прави понекогаш сосема различната ехосонографска дијагноза.

Оттаму и наодите од типот: еднаш „дисплазија“, другпат „сублуксација“ третпат нешто друго.

Еднаш „лабав“, другпат „нестабилен“ колк, еднаш еднострана, другпат обострана мана.

Мошне долго и упорно се трудев да ги следам податоците за секое дете, но очигледно тоа не успеав да го направам беспрекорно и после толку долг период на работа.

Верувам дека ова не е проблем за некои средини и центри во кои работат одредени исти екипи подолго време. Таквите тимови, секако, можат полесно да го надминат овој проблем. Меѓутоа, јас растргнат меѓу поголем број профили стручњаци од различни центри (Струга, болницата „Св. Еразмо“, Клиниките во Скопје, Бањица и Ортопедската клиника во Белград) што мошне често се менуваа како условни членови на тимот низ времето што помина, многу често се судрував со тој проблем.

Секаква анализа во таа насока би ме одвела во грешки, неточности и непрецизности. Затоа се одлучив на едно соломонско решение, а тоа е за овој првичен обид да се направи евалуација на состојбата на колковите меѓу нашата млада детска популација за еден поголем временски период во континуитет (чинам еден работен век е респективен период). Реков почетен обид, бидејќи се надевам дека овој мој труд ќе помогне на следната генерација педијатри, пред сè, да го пожнеат она што го посеавме и да видат каков плод собрале.

Искрено се надевам дека, ако ништо друго, оваа моја, ајде да речеме иницијатива, ќе предизвика здружување на сите други слични трудови низ нашава земја. Тоа сигурно може да врди со израсну-

вање на еден координативен центар. Тој, секако, ќе може да донесе соодветни и единствени критериуми на дијагностицирање и третман, единствено регистрирање и сл. Тогаш, следната генерација стручњаци, секако, нема да го има овој мој хендикеп и нивните резултати и сознанија ќе бидат точни, прецизни, валидни и релевантни, и тоа на ниво на цела наша земја.

Ова мене ми остана недостижно.

Заради сето досега кажано, вродено ненормалните, незрели, лабавите, луксабилните колкови и сè она што подразбира тој термин, јас апроксимативно ќе ги наречам и ќе ја опишам нивната застапеност, зачестеност сред нашите деца, како: „Вродени луксантни состојби на колковите“.

Значи, во понатамошниот текст сите статистички податоци се збирни. Се однесуваат на сите степени на патолошки развиток на колковите, без да навлегувам во детален опис на степенот на аномалијата, ниту во диференцијалната дијагноза, класификација (клиничка, ултрасонографска, радиолошка).

Овде морам да напоменам дека за децата од групата од периодот од 1983 до 2004 г. се прави и уште една генерална поделба. Имено, едната група се деца кај кои е докажана аномалијата, а другата кај која во првичниот стадиум е поставено само сомнение за тоа. Овие две групи се обработуваат посебно.

Кои сè параметри ќе бидат обработувани во корелација со аномалијата?

Поаѓајќи од познатите факти од етиопатогенезата на оваа аномалија, се обидов повеќе за мене достапни елементи посебно да ги разработам.

А. Најпрвин се анализираат елементите што на некој начин ја дефинираат генетската детерминираност на оваа вродена аномалија (пол, националност, фамилијарна анамнеза и др.).

Б. Вториот услов за развиток на абнормален колк (Серафимов) е абнормалната позиција, малипозиција на зглобните тела уште од периодот на органогенезата и интраутериниот развиток на плодот.

Ми се чинеше дека низ елементите што се одраз на таквата абнормалност ќе може да се донесат одредени заклучоци. Во таа смисла и ги групирај податоците што условно ги нарекувам „родилни карактеристики“ како што се, на пр., возраста на мајката, редоследот и начинот на раѓањето, презентацијата на плодот при актот на раѓање и во текот на целиот интраутерин развиток, родилната маса, зрелоста, гестациската старост на детето и др.

Сите нумерички податоци подлежат на статистичка анализа со повеќе најкористени методи на работа. Ќе бидат понудени поголем

број табеларно-графички прикази врз кои ќе се даваат неопходните коментари.

Тоа, се надевам, ќе даде слика на состојбата со застапеноста и зачестеноста, како и некои причински детерминанти на оваа вродена аномалија меѓу младата популација од Струга и Струшко во период од 30 години, со почеток некаде во далечната 1972 г.

Целта на овој труд сушиот е само тоа.

Така концептиран овој дел на трудов би ги содржал следните поглавја:

I. Географско-климатски и етнолошко-демографски карактеристики на Струга и Струшко и витална статистика;

II. Општа, стандардна структура на статистичката маса што е предмет на овој труд:

1. за периодот од 1972 до 1982 г.;
2. за периодот од 1983 до 2004 г.;

III. Општа застапеност и зачестеност на маната според:

1. пол,
2. националност;
3. место на живеење;
4. за сиот период и за секоја година посебно;

5. инциденца според бројот на живородените деца и според бројот на децата опфатени во студијата, во целост и за секоја година посебно;

IV. Возраст на мајката во моментот на породувањето;

V. Редослед на бременоста и раѓањето на тоа дете;

VI. Начин на раѓање:

1. спонтано;
2. со вакум — форцепс екстракција;
3. со царски рез;

VII. Презентација на плодот за време на интраутериниот развиток и при актот на раѓањето:

1. главична;
2. тртична;
3. други;

VIII. Родилна маса и должина на детето;

IX. Место на раѓање:

1. дома;
2. во болница;

X. Сезона кога е детето зачинето, односно родено:

1. април — септември;
2. октомври — март;

XI. Доносеност, недоносеност, односно зрелост на детето во моментот на раѓањето;

XII. Застапеност на аномалијата кај близнаците;

XIII. Список на децата со маната по реони (Струга и 30-те села во Струшко);

XIV. Контроли, исход после „x“ години;

XV. Начин на лекување — третман;

XVI. Приказ на документи (радиолошки, ехосонографски, ортопедски, меморандуми, изјави, анкети и др.);

XVII. Заклучоци, препораки;

XVIII. Примери на неуспех;

XIX. Примери на успех.

МЕТОД НА РАБОТА

Веќе укажав дека во трудов се опфатени две поголеми групи деца во зависност од тоа на кој период се однесува анализата. Имено, првата голема група анализирани деца се од цитираниот период од 1972 г., па до крајот на 1982 г. Тоа е период од 10 години кога сето прибирање и регистрирање на податоците, нивното средување и конечно анализирање се врши, условно речено, „рачно“, а со обзир на фактот што не се поседува никаква електронска, сметачка опрема слична на денешната. Според тоа се малите аналитички можности на таквиот начин на работа (споредено со моќта на сегашната компјутерска технологија и техника) и бројот и видот на понудените извештаи е соодветно помал.

Зашто инсистирање на два временски периоди и две големи групи деца? Од прста причина што методот на работа битно се разликува.

Во почетокот работењето со деца кај кои третиравме проблем наречен LCC, DCC се одвиваше некако спонтано. Прегледувајќи деца во амбулантата на Детскиот диспанзер дојдени за некое актуелно заболување, посебно внимание обраќавме, меѓу другото, и на колковите. Ако се работење за доенче или мало дете, кое сè уште не е проодено, го изведувавме вообичаениот клинички преглед на колковите. Тој вклучува инспекција и мануелен преглед со кој се трага по веќе детално описаните знаци на луксантните состојби на колковите. Поголемите, веќе проодени деца со тоа што накривуваа, куцаа при одењето, сами по себе нè наведуваа на следење на состојбата во насока кон LCC-DCC. Им издававме упат за радиографски, а потоа и ортопедски преглед во ортопедска установа. Со

тоа таквите деца понатаму беа во надлежност на ортопед. Ние ги регистриравме во посебни протоколи податоците од личниот здравствен картон, како и сите понатамошни ортопедски наоди и преземања. Сепак, сето тоа беше спонтано, неорганизирано, без континуитет. Многу често ги губевме од вид децата, бидејќи сè зависеше од интересот и ангажираноста на родителите. Дел од децата, барем од оние чии родители прифатиле соработка и му го препуштиле третманот на ортопед, од различни причини престануваат да се јавуваат во нашиот диспанзер. Некои се третираа во близката ортопедска болница „Св. Еразмо“, дел одделе во Ортопедската клиника во Скопје, Белград, болницата во Баница или конечно се откажале или се иселиле во странство. Со еден збор, владееше шаренило, па не бевме во можност целосно да го контролираме. Таквиот метод на работа беше далеку од добро организиран, систематски, планиран. Со секое ново откриено „болно“ дете стекнувавме искуства и знаења што неколку години подоцна ни беа драгоценi при оформувањето на сè она што ќе значи организиран, плански приод кон проблемот.

Почнавме да ги прибираме сите податоци од интерес. Оформивме специјални протоколи, записници, извештаи, анкетни листи, изјави и др. документација. Подготвивме пишувани упаства — поуки за родителите во кои жестоко се залагавме за напуштање на старата инкриминирана метода на повивање на децата во вид на „векна леб“. Тоа одеше мошне бавно и макотрпно. Зборовите „широко повивање“ беа нешто што, веројатно, милиони пати одсвонуваа како ехо во нашето советувалиште, во амбулантите и во секојдневните контакти. Се радувавме секогаш кога кај родителите наидувавме на разбирање и прифаќање. Се радувавме кога некое исто дете, во некој од следните прегледи ќе го видевме со „подраширени“ нозе и без традиционално користената лента — повој, кој „овозможуваше“ детето да биде право како „фишек“. Се радувавме кога ќе видевме дека сега веќе може да ги движи рацете и „за чудо“ дури и нозете, а не само очињата. Честопати одговаравме дека нема да биде детето со криви нозе затоа што сме препорачале да се исфрли повојот и да се ставаат постилци меѓу нозете.

Треба ли со некакво „историско значење“ колку да се запамети, колку да не се заборави, да кажам дека тогаш моравме да биеме сериозна борба и против мушамите, гумените и подоцна најлонските платна со кои бебињата се завиткуваа, или уште подобро речено и попрецизно кажано, се „пакуваа“. Бебето оптегнато како „фишек“ се завиткуваше безмалу херметички, и тоа од главата, преку градниот кош, stomакот, па сè до преку стапалата. Секако, за да

не „настинува“ и за да не ги водени и влака пелените и накин-цурената горна облека. А расповивањето на таквото бебе дојдено од незнам кое далечно село, од каде најчесто се доаѓаше пешки (приватни автомобили имаа само некои луѓе кај нас), значеше вистински предизвик. Предизвик беше да се издржи реата и пеќкањето во очите од чистиот амонијак ослободен со актот на одвртувањето на детето од најлонот, мушамата, гумата. А имаше, често и „живи“ декубитуси, дерматитиси што амонијакални ги викавме.

Имаше, премногу имаше, таканаречен, „раш од пелени“. Го имаше толку многу, толку често и толку тврдокорно долготраен што е најсликовито да се рече: „Та може ли без него?“ Уште ако се додаде констатацијата дека беше огромен бројт и процентот на тешки и најтешки хипотрофии на деца кои имаа „поголема кожа од сопственото тело“, деца налик на ожебаени старци, тогаш, чинам е подобро да ги пуштам овие сеќавања да избледеат и да заминат некаде во заборавот.

Сепак, полека, бавно и тешко, но почна тркалото да се движи. Со секој нов ден наидувавме на сè поголем број деца без мушамите, беа најлоните и без повоите. „Замаецот“ го забрзуваше своето вртење за денес да стигнеме до денешните прекрасни, убаво ухранети, здрави, весели, насмеани, чисти бебиња, облечени во прекрасна облека со раширени слободни ножиња, со рачиња испружени и разиграни...

Нема најлони, нема реа од распадната мочка и измет, нема амонијак. Нема повој. Понекогаш попричекуваме минута, две мајката да му го смени дома ставениот „памперс“ од пред незнам колку минути, да го забрише и онака беспрекорно чистото бебешко газе со некакви влажни миризливи хигиенски марамчиња и еве ти нешто најубаво на светот во твоите раце докторе. Прегледај го, мери го, врти му ги колкчињата, но сепак задоволството нема да те одмине. Ова особено ако почитувана колешке - колега на ова време, паметиш времиња минати како јас, ако си мој врсник, одвреме-навреме сигурно со сеќавањата се навраќаш и на она што го нареков предизвик на прегледот.

И добро е што е така. Така треба.

Ете, во вакви прилики ја започнуваме потрагата по вродените луксантни состојби на колковите. Прегледите ги вршевме во просториите на Детскиот диспанзер, сместен во 60-ти години на миналиот век, изградена барака. Никогаш немавме идеални, но се трудевме да створиме колку толку оптимални услови за квалитетен педијатрски и условно ортопедски преглед.

Овде морам да напоменам дека ќашне брзо научивме да бидеме максимално подготвени, стручно да ги прегледаме колковите. Се трудевме да се усвршуваме и помалку да грешиме. Ги спроведувавме сите (или барем се стремевме кон тоа) каутели описаны во поглавјето за детектирање на клиничките карактеристики на маната. Максимално смилено, со нужно разбирање за детето и загрижените родители, со трпение и во пријатни микроклиматски и просторни услови, со топли раце и милозлив поглед, пристапувавме кон испекција и клинички преглед на детето, трагајќи по веќе описаните знаци. Доколку некој од тестовите се покажеше позитивен или барем побудеше сомнение, пристапувавме кон следната фаза: ортопедски и во поново време ехосонографски преглед за малите, односно радиолошки за доенчињата постари од 5 месеци, односно малите деца. Потврдената дијагноза или сомнение значење и испраќање на детето за понатамошен третман во ортопедска установа.

Така течеше медицинскиот дел од работата. Паралелно со него се одвиваше и административниот. Имено, сите релевантни податоци се внесуваат прецизно во личниот здравствен картон. Покрај тоа, се бележеа сите неопходни податоци во специјалните наменски протоколи, прашалници, анкетни листи и др. Сето тоа се чинеше заради овозможување на лесен и брз увид во податоците од важност за следење на состојбата со колковите па секое од овие деца.

Списокот, пак, азбучен ред среден за градот и секое посебно од 30-тина села беше, исто така, во функција на овозможување на брз и лесен период до важните податоци на секое дете поединечно. Во зависност од состојбата се одредуваше и времето кога детето, со специјална покана, преку пошта или телефонски се повикуваше за контрола кај нас. Тоа многупати го правевме според закажана контрола од страна на ортопедот. Но, беше голем бројот на децата што често ни се осипуваа. Се случуваше тоа од повеќе причини. Некогаш родителите своеволно ги прекинуваа контролите, некогаш тие веќе едноставно биле прекинати од страна на ортопедот поради санирана состојба. За жал, многу честа причина за тоа беше и живата и интензивна флуктуација на нашето население. Печалбарството и миграцијата од нашите краишта е карактеристично.

Сето тоа делуваше врз континуитетот и траењето на следењето на децата. Сепак, нашата упорност, за среќа, остануваше и остана непоколеблива. Во годините на заедничката држава (СФРЈ) комунициравме и соработувавме со повеќе ортопедски установи. Во тие рамки ортопедот д-р Светозар Цветковиќ вработен во Ортопедската болница Бањица во Белград, а роден и израснат во едно

струшко село оддалечено само неколку километри од центарот, скоро две години доаѓаше двапати месечно и ја водеше специјалситичко-консултативната ортопедско педијатриска ординација. Во годините што следеа неговата улога ја презеде ортопедот д-р Ветероски од Ортопедската клиника во Скопје. Тоа траеше уште две до три години. Јас бев на некој начин секогаш постојанен член на „тимот“.

Потоа сета детекторска работа ја презедовме иие. Морам да го повторам она што многупати го кажав. Нашата улога секогаш беше до фазата на откривање. Понатаму потврдата на дијагнозата, утврдувањето на степенот и видот на маната, одредувањето на начинот и видот на третманот секогаш беше работа на ортопедите. Најчесто во почетните, а исклучително во последниве 20-тина години, тоа беа колегите ортопеди од Ортопедската болница „Св. Еразмо“ кај Охрид. Нивните документи од типот отпусни листи, меморандуми и сл., освен во поедини случаи, најчесто ни беа носени на увид, а иие секогаш постапувавме според упатствата во нив. Оваа релација на блиска соработка е трајна и трае.

Со втората група деца, што се оформуваше од почетокот на 1983 г. наваму, методите на работа во многу се видоизменија, како во организацијата, исто така и на техниката на дијагностичкиот период.

Годините што претходеа изработивме дизајн, а врз база на него и софтверски-компјутерски решенија. Така, во март 1983 г. стартувавме со работа со целосно компјутеризирано собирање, регистрирање, сортирање и анализа на податоци. Базите оформлена гигабајтовски голема банка на податоци од сега веќе скоро 20 000 деца и околу 120 000 прегледи.

Сега веќе е сè полесно. Централната датотека овозможува единствен, прецизен, едноставен регистер на сите деца и на нивните прегледи. Пристапот е, исто така, многу едноставен, а „ключот, лозунгот“ е двоен. Доколку родителите поседуваат личен документ за детето (здравствена легитимација, родилно картонче или друг документ), тогаш во него впишаниот матичен број што е шифриран се побарува од компјутерот и тогаш за дел од секунда се овозможува пристап до сите податоци за соодветното дете.

Ако пак родителите не носат таков документ, односно во моментот го немаме првиот „ключ, лозунг“ со кој се отвора соодветна датотека од централната база, тогаш се послужуваме со вториот, имено презимето на детето - генералиите. На екранот ги добиваме сите деца со исто име и презиме. Бајќи го името на детето, името на таткото, адресата и датумот на раѓањето, за мошне кусо време го имаме пристапот до податоците на бараното дете.

Сè друго е подредено на нашата потреба. Компјутерот ги дава брзо и точно сите релевантни одговори, било на мониторот било отпечатени од принтерот.

Програмот е така дизајниран да дава огромен број параметри искорелирани меѓусебно, а со тоа и целосен увид во сè она што нè интересира и е од доменот на севкупниот раст и развиток и оштита здравствена состојба на секое дете. Многу е важно да се напомене дека сето тоа се случува во живо, односно во лонгитуда за секое дете. Таа лонгитуда „тече“ од неговото раѓање, преку сите последователни прегледи до оној последниот (адолесценција). Во зависност од возрастта на детето, во банката на податоците стои 1 (за возраст од еден месец), односно многу прегледи за оние деца кои продолжиле да нè посетуваат во нашето советувалиште до својатаadolесцентна возраст.

Во рамките на севкупното следење на детето, вродените луксантни состојби на колковите привлекуваат добар дел од нашето внимание. Добар дел од банката на податоци што ја „хранат“ базите на програмот е исполнета со детали околу таа проблематика. Тоа овозможува да се има увид во списокот за сите деца со ваква патологија, и тоа со брзина крактеристична на компјутерската. Тој список на деца е среден по азбучен редослед, според возраста при откривањето на маната, според датумот на раѓањето, полот, националноста и уште многу други фактори. Нема да ги набројувам истите овде во детали, бидејќи тоа ќе биде сторено во поглавјето кога ќе бидат понудени нумерички податоци во вид на табели, графикони и сл., а веќе беше направена спецификација во делот на трудов што ја опишува неговата конструкција.

Националност, возраст, место на живеење (градот или некое од 30-тината села), за сиот период од 1983 г. наваму или за одредена година според потребата, на карактеристичната команда на тастантурата или со „глушецот“, за миг се појавува на еcranот или напишан текст на печатарот.

Овде укажав само на неколку корелации. Веќе реков, во табеларно-нумеричките прикази ќе се демонстрира вистинската моќ на програмот со кој стартувавме сега веќе од далечната 1983 г.

Како сме организирани?

Сите новороденчиња, за да можат да бидат регистрирани во матичната книга на родените, мора да бидат претходно вакцинирани, односно бесежирани, и тоа во тек на првиот месец по раѓањето. Дури со потврдата што ќе му ја издадеме во Отсекот за вакцинацији, детето може да биде заведено во матичната книга на родените. Ваквата соработка меѓу нашата и матичната служба функционира

повеќе децении, а чиниме дека беше единствениот начин што овозможува ефикасна контрола врз регистрирањето на новороденчињата во наши услови.

При доаѓањето во Отсекот за вакцинацији, за да биде бесежирано детето, се заведува во единствениот регистер. Така детето добива единствен компјутерски матичен број. Секое населено место си има одреден шифриран број што го викаме реон. Така, градот го носи бројот 18, селото Радолишта 26, селото Франгово 34 итн. сите триесеттина села. Овие броеви на реоните овозможуваат регистрирање и сортирање на децата според местото на живеење —адресата. Оформени се апраксимативно според таканаречениот модул 9.

Вака оформлен регистер оневозможува било какво повторување (по грешка) матичен број, односно мешање на податоци од едно со податоци на друго дете. За таква грешка не постои ни теориска можност, бидејќи програмот ги содржи сите неопходни контроли за тоа.

Следната наша средба со детето е на денот кога ќе наполни еден месец (со дозволено промашување од \pm 48 часа, со обсир на неработните денови). Тогаш веќе за секое дете имаме информации од патронажната служба за секоја евентуална промена или проблем кај новороденчето, односно кај мајката. Во овој период се вообичаени некои проблеми, како што е неонаталната жолтица, монилијазата, проблеми со попочето, дерматитиси, вознемиреност, метеоризам, почесто, односно поретко излегување по голема нужда и др. Сепак најчеста тема на разговори во овој период е онаа околу доењето на детето. Чести се проблемите и кај мајките, и тоа, главно, околу актот на доењето и со дојките. Ова особено кај првортките, а меѓу нив пак најмногу кај оние што имале раѓање со царски рез.

Работата со вакви и сл. проблеми е секојдневие во нашето советувалиште. Кога е збор, пак, за вродените луксантни состојби на колковите, тогаш морам да се навратам малку и на изминатите години.

Имено, веќе во овој текст доста нагласив дека беше неопходно многу време, труд, желба и упорност во борбата за афирмирање на широкото повивање. Беше тоа борба со надмоќен „партнер“, да не речам „противник“, бидејќи со векови наназад децата се повиваа онака како што тоа порано во текстов го нареков „фишек, векна“ и сл. Не беше ни лесно ни пријатно, секојдневно во текот на сите тие години да се зборува, зборува, зборува, да се укажува, убедува, надмудрува мајката, бабата ... Траеше борбата но чинам победата е сепак наша. Одамна немам видено „врзано“ бечче.

На триесеттиот ден по раѓањето, скоро без исклучок, сите новороденчиња доаѓаат за прв систематски преглед. Со најголема сериозност, стручност, прецизност и во сите релевантни детали се врши прегледот по системи. Тој опфаќа прецизни антропометриски параметри, како и психосоматски, односно психомоторни елементи. Сите релевантни параметри од значење за севкупниот раст и разиток на детето, вклучително и ментално созревање, се опфатени со прегледот.

Секое дете си има своја матична позиција во банката на податоци. Анкетата, што содржи голем број повеќекратно искорелирани параметри, се пополнува компјутерски со секој актуелен наод по системи. При секој нов нареден преглед, на екранот на мониторот ги имаме на увид сите податоци од претходниот преглед. Сè што е ново во актуелниот преглед се внесува и се меморира.

Во текот на првата година секое дете се прегледува еднаш месечно (значи 12 пати годишно), и тоа секогаш на датумот на раѓањето. После првиот роденден, значи од втората година, прегледите се изведуваат тримесечно, а кај поголемите деца шестомесечно, секогаш на датумот на раѓање. Сето тоа тече со тој тајминг доколку актуелната состојба на секое дете посебно не прави поинакви индикации. Во тие случаи се користи закажување по договор, повикување по телефон или со поштенски покани. Овој метод на работа е одамна уигран, бидејќи во матичните податоци се впишува точна адреса и домашен телефон. Работата е сосема автоматизирана со тоа што тие и таквите посебни индикации се така програмирани што по барање или на веќе назначениот датум компјутерот сам алармира и исфрла список, односно веќе готови покани (вонредни) за децата со одредени индикации за тоа.

На нас во советувалиштето ни останува само поседување на добра волја за работа со тие дечиња.

Во рамките на севкупно обсервирање, анализирање на секоја актуелна состојба кај сите 20 000 деца, делот со луксантни состојби на колковите си избори засебен третман и разработена методологија. Внимателно се трудиме да задоволиме најголем дел од неопходните каутили за прегледот на колковите да нии биде навистина стручно издржан односно вистински успешен. Притоа сигурно сме грешеле и грешиме, а со обсир на огромниот број деца што секојдневно самоиницијативно и дисциплинирано редовно го посетуваат нашето советувалиште. Ова сознание нè тера да бидеме максимално внимателни и што помалку да грешиме.

Советувалиштето пружа минимум оптимални средински и микроклиматски услови. Секогаш пристапуваме смирено, со топли

раце, без нагли и нервозни постапки, независно од тоа дали детето е мирно или не. Доколку во моментот детето е преплашено и вознемирено, прегледот нема да биде „леке артис“, односно успешно изведен. Овозможуваме да се смири или едноставно го одложуваме прегледот. Во меѓувреме го правиме истото и со родителите кои најчесто не се упатени и се неискусни, а исто толку и исплашени. Ова особено при нивното прво доаѓање кај нас. Убаво им го објаснуваме прегледот и со тоа на некој начин ги подготвуваме. Тие мора да знаат како се изведува и зошто се прави таков преглед на колковите.

Секое сомнение се регистрира во компјутерската меморија. Ако е тоа посериозно, после разговорот со родителите, издаваме упат за болницата „Св. Еразмо“ (на 8 км од Струга) за ехосонографски и ортопедски преглед. Енпацијата од страна на родителите ни е мошне важна.

Ваков упат издаваме и за доенчињата во чии родилни картончиња веќе е назначен некој од тестовите карактеристични за клиничкиот преглед на колковите од страна на неонатологот.

Сите повратни информации се меморираат во банката на податоци на секое дете посебно.

Сериозниот пристап продолжува и во сите следни прегледи. Секогаш сме спремни да видиме нешто што во претходните прегледи евентуално не сме регистрирале или едноставно не било присутно. Ваквото редовно, систематско, лонгитудудинално и долготрајно следење на секое дете не ни дава право на грешка и пропуст.

Кога детето ќе наполни 5 месеци, доколку дотогаш, макар само на час сме се посомневале дека е присутен некој знак што ни асоцира на луксантна состојба на колковите, тогаш го испраќаме на радиографски преглед. Тоа дотогаш сигурно најмалку барем еднаш или двапати веќе било на ехосонографски и ортопедски преглед. Со ова на некој начин се заокружува дијагностиката.

Иако клиничките прегледи продолжуваат со сета сериозност максимално долго, со постарите доенчиња и со малите деца ни е полесно. Имено, во секој момент може да се направи радиолошка и ортопедска контрола.

Децата со ортопедска, ехосонографска и радиолошка потврда на некој степен од еволутивниот развој на колковите што укажува на луксантна состојба, за ортопедски третман се препуштаат на ортопедите. Ние сме секогаш присутна и лесно достапна спона со самото тоа што им правиме упати за дијагностика и третман, односно контроли. Ако се случи некои родители да не се јават на одредениот датум, ние ги потсетуваме било телефонски било со вонредна

поштенска покана. Овде морам да признаам дека не би биле во таква можност ако претходно не не „потсети“ нашиот компјутер.

Додека трае актуелниот ортопедски третман, со детето и родителите, а преку нив со колегите од болницата „Св. Еразмо“, сме во постојан контакт. Во годините што следат, во зависност од случај до случај, децата ги повикуваме на повремени контроли кај нас. Децата што покажуваат индикација за тоа ги испраќаме 10, 15, 18 години подоцна на уште една ортопедска контрола. Практика е сета релевантна документација, радиографски или ехосонографски снимки и меморандуми (оригинални или фотокопии) да се чуваат во нашата картотека. Заедно со упатот, на родителите, во посебна папка, се приложуваат сите документи што сме ги прибрале и внимателно ги чуваме. На тој начин ортопедот што ќе го врши контролниот преглед има комплетен увид во сè она што е од интерес за актуелната состојба кај секое дете посебно.

Ова е мошне интересно кога на некоја мајка ѝ даваме наш упат за ортопедски преглед на нејзиното доенче, а ѝ приложуваме и нејзина лична документација за и самата да биде контролирана. Ова, го правиме бидејќи своевремено, дваесеттина години порано, и самата сегашна мајка или татко биле предмет на наша опсервација или третман заради тоа што имале вродена луксантна состојба на колковите. Во тие случаи (а не се реткост) ортопедот ќе ги прегледа доенчето и некој од неговите родители, а на постарите колеги ортопеди може да им се случи да им биле нивни пациенти. Еве им на преглед и член од следната, втората генерација.

Ова би била главната придобивка од начинот на нашата работа!

Оценката за успешноста ќе биде донесена врз база на возраста на детето во моментот на поставувањето на дијагнозата, односно сомнението. Колку е таа возраст помала и се приближува кон неонаталната, толку ќе биде и оценката за нашата работа поголема. Колку е таа оценка повисока, толку е среќата наша поголема. Поголема не само заради нас, ами поголема заради среќата и радоста на родителите, заради веселите насмеани лица на дечињата.

На тој начин, сликата од беччето со Лоренц-овиот гипс од мојата младост станува сè повеќе сенка на едно дамнешно одминато време, време на првите мои чекори по патот долг повеќе од три децении, патот трнлив,вијугав, полн со нагорнини, но и чести стрмни удолнини. Има ли врв на тој пат? Можеби. Но, секако, на тој врв ќе можат да стигнат безбедно само колегите од следните генерации. За мене е тој недостиген и несигурен, бидејќи некој рекол „падот од височина е опасен“. Безбедноста ќе им биде овозможена на оние по мене, по нас, на оние од следните генерации доктори.

Во нашето работење истукството нè научи сепак и ние како екипа да си обезбедиме некакви „бездедносни“ мерки заради, како што реков, големата опасност од паѓање кога се стреми кон високите врвови, а не се направени претходни сигурни појдовни „станици, бази“.

Што значи тоа?

Работиме со клиентела која различно раководи со факторот што го викаме човек, родител. Неретко се случува (особено во поранешните времиња) родителот да не прифаќа или прифаќа делумна, нецелосна и неуредна лонгитудинална и трајна соработка. Страотно често добивавме одговор дека ќе се попричека детето да наполни 2-3 години, убаво и слободно да прооди, та дури потоа „ќе се види“, ќе се размисли, ќе се консултираат со... Така се губи драгоценото време, а последиците се тешки, повеќекратни и комплексни. Тие го засегаат здравјето на детето, емоциите на близките, бараат долги тераписки неоперативни, честопати и оперативни третмани, рехабилитација и сл.

Последиците и по материјалните издатоци на Здравствениот фонд и семејството се, исто така, сериозни. Долгите боледувања на вработените родители имаат многу лоша конотација.

Значи, комплекс на емотивни, здравствени, социоекономски и др. проблеми. А можело сето тоа да се избегне, ако било сè навремено направено како што треба од наша и од страна на родителите. Доенчето, малото, па и поголемото дете, во случајов се само немојни свидетели на сè она што за нивното здравје, за нивната судбина одлучувале други.

Паметам немили и непријатни ситуации од најразличен карактер. Еднаш, таткото бил на работа во странство, а мајката чекала некое време тој да се врати, та да се сети да му каже дека детето куца, криви при одењето. Арно ама ова се случува во време што обично е мошне доцна за обичните ортопедски неинвазивни, конзервативни методи. Кога ќе биде предложена единствена, можеби и обострана оперативна, крвава репозиција, интервенција, корекција која изискува многу време, многу маки, многу пари, а нуди многу несигурност и лоши последици, тогаш...

Другпат родители и роднините биле убаво упатени во проблемот, но сепак тие одлучиле да чекаат детето да прооди, та да видат. Одлучиле да му ги „намести исчашените колкови некој местач на зглобови“, да му ја измасира некој што „жули“ и „мести“ исчашени зглобови, скршеници на коските, „лапнато месо меѓу коските“ и сл. Откако последиците ќе бидат јасно видливи и детето ќе доцни во проодувањето и ќе оди кривејќи и куцајќи, тогаш настануваат вистински проблеми.

Тогаш се случуваат немили сцени во нашето советувалиште и во амбулантите. Последиците од нив се мошне тешки и непредвидливи, а можен е и судски епилог. Тогаш се случува оној опасен пад од височините за кој зборував малку порано.

Како се обезбедуваме?

Во случаите што ни предизвикуваат макар и најмал сомнеж во понатамошната соработка со родителите на детето со ваква аномалија, користиме специјална изјава што ја потпишува родителот. Во неа децјидно стои дека на одредениот датум родителот е јасно и детално обавестен за „болеста“ кај неговото дете. Стои и тоа дека таа „болест“, мана, се лекува исклучително ортопедски и дека успехот од лекувањето зависи само и исклучително од тоа колку рано ќе биде откриена и е отпочнато со лекување. Особено е нагласено дека одложувањето на ортопедскиот третман носи многу и големи ризици, а последиците се тешки и често неизлечиви.

Бидејќи со работа на овој план започнувме мошне одамна, во изјавата цитираме и дел од тогашниот Закон за здравствена заштита. Еве како гласи тој цитат: „Јас (име и презиме) сум обавестен за сета сериозност на проблемот, сум запознат со прописот од Законот со кој, доколку не прифатам благовремено ортопедско лекување на моето дете, последиците и лекувањето на истите што е несигурно и значително поскапо, ќе го финансирам лично со свои средства, а не на товар на Фондот за здравство“!

Сите вака потпишани изјави ги чуваме во нашата картотека. При секоја инцидентна ситуација или недоразбирање, ни послужуваат како извонредно важен документ.

Покрај изјавите и покрај сите битни податоци внесени во банката на податоци на компјутерот, сите години напред пополнуваме и специјална генетска анкета во вид на прашалник. Ги користиме во анализата за генетско-наследната детерминираност на состојбата.

Сите документи средени и сортирани се чуваат уредно. Сите снимки, меморандуми, отпусни листи и писма, фотографии, радиографии и ехосонографии се убаво средени и лесно достапни.

Со ваквиот метод на работа, покрај можноста за солидна превентивна и рана активна детекторска дејност, можните грешки се сведуваат на минимум, а децата не се препуштаат на случајно откривање на маната, односно на судбината.

Здравствената заштита на децата отсекогаш била првенствена и доминантна грижа на секое општество. Тоа е така впрочем и во сèкупниот жив свет. Бескрајно е голем дијапазонот на делување на тој план при што мораат да бидат вклучени сите човекови ресурси,

ум, наука, знаење, традиции, обичаи, законска регулатива, умешност за користење на свои и туѓи искуства, стремење кон подобро.

Во смисла на тие и такви постулати, и службата за здравствена заштита на деца и младина при ЈЗО Медицински центар — Струга, целосно ја насочува својата повеќедецениска работа. Во континуитет и во секој момент, водејќи целосна грижа за младото поколение, тежнее и кон себенадраснување кадровски, едукативно, техничко-технолошки и др. Превентивните дејности, главно, водени од советувалиштето, од отсекот за вакцинацији и патронажната служба, секогаш имаат видна улога во севкупната дејност. Огромен е бројот на децата што и без да знаат биле предмет на повеќегодишна-деноноќна, секојдневна непрекинлива грижа на луѓето од овие служби. Во склопот на севкупната опсервација и бдење над здравјето на младата популација, детектирањето на луксантните состојби на колковите е само еден од многуте сегменти. Во желбата да се следи децениски состојбата на овој план кај нашите деца, амбулантите, ординациите на диспанзерот и особено советувалиштето и отсекот за вакцинацији се сведоци на илјадници посети на деца и нивни родители. Статистичката маса што е предмет на опсервација на овој труд е огромна, барем ако се има предвид големината на регионот на кој и се однесува студијата, а тоа е Струга (градот) и уште триесеттина села и населби. За да се разбере овој податок полесно и подобро, а со тоа да се добие и вистинска димензија за сè она што се случување во изминатите три децении, мислам дека ќе биде од полза да се направи и краток преглед на податоците од виталната статистика.

Овде морам да ја нагласам мојата голема благодарност кон луѓето вработени во Заводот за статистика од Охрид, како и во Државниот завод за статистика во Скопје. Овие две институции љубезно ми овозможија повеќедневна работа во нивните простории. Ми овозможија увид во нивната преображената документација, од каде исцрплив огромен материјал. Дел од тој материјал ќе го искористам во оваа прилика со цел да се добие поцелосна слика за сè она што се случувало со овдешното население, а сепак има помало или поголемо влијание врз појавата на вродените луксантни состојби на колковите кај децата.

Врз база на достапните податоци, ја изработив табелата „демос 1“ (по декади). Таа се однесува на периодот 1972-2003 г. Во тој период, годишно во Струга и Струшко се раѓале од 1345 во 1972 г., 1574 во 1981 г., до 1116 деца во 2000 г. или по 1385 деца просечно за 1 година. Од нив мртвородени биле 310, односно 0,4%, т.е. по 10 новороденчиња во текот на 1 година.

За она што повеќепати го нагласуваме, а треба да биде слика на севкупниот општествен растеж, е податокот за местото на раѓање на децата. Тука се има предвид сознанието за тоа дали е и каква стручна помош е пружена при актот на раѓањето. Од понудената табела јасно се гледа дека, ако во 1972 г. во болница, што ќе рече со стручна припомош се родени 42,6% од сите деца, преку 63,7% во 1982 г., 84,2% во 1992 г., до 99,7% во тек на 2003 г., растот е неспоредлив. На овие фактографски искази скоро да е излишен коментарот. Сепак, не можам да одолеам, а да не укажам дека тоа се случува за само 30 години. Во животот на една единка е многу, но кога се анализира општеството тоа е мошне мал период. Ако се дозволи парофразирање, би рекол дека се тие 30 години приближно ооноку колку што минува за да една генерација жени способни за раѓање, ја препуштаат сосема таа фертилна функција на своите деца.

И само толку.

Еве ја визионерски исказаната заложба на професорот Кепески, кој посакуваше секоја година да расте процентот на деца родени со стручна помош, во установа. Некаде веќе реков дека неговата замислена близка иднина ние ја доживуваме како вистинска денешност.

Вон брак се раѓани помеѓу 3 и 6 % од живородените деца, односно по 64 деца просечно за 1 година.

Овој број навидум е голем, меѓутоа не ја отсликува вистинската состојба. Во мојот крај владеат, за среќа, сè уште благородните вредности на брачната заедница, барем меѓу нашето население, без разлика на националноста и вероисповеста. Оваа бројка е така висока (за наши прилики) од прста причина што е мошне голем бројот на малолетните, нерегистрирани граѓански бракови. За бројот на мајките помлади од 18 години поопширно ќе стане збор на соодветно место. Овде ќе нагласам дека 1851 дете родени **вон брак**, главно, се од „сè уште“ нерегистрирани бракови, а најчесто заради малолетство. Тие бракови сосема добро функционираат како институција, но последично носат ризични бремености и раѓања. Има тука и други фактори од влијание, но чинам овој е од најголемо значење. (види таб. демос 1-страница 103).

Табелата демос 2 дава уште појасна слика за демографските движења кај нас. Намерно е направен паралелен приказ за состојбите во Струга и Струшко, Битолската општина (според поранешната административна поделба), СР Македонија — Р.Македонија и СФР Југославија (до 1989 г.).

Нatalитетот, мортинаталитетот, природниот прираст и доенечката смртност се статистички показатели од највисок степен што

укајуваат на многу битни нешта од демографската карта на еден народ, нација, држава, општество.

За тоа како се движел општествениот, економскиот и особено културно едукативниот стандард на една нација, каков бил здравствениот статус на нацијата, како се развивала и колку била пристапна здравствената заштита на населението, најмногу зборуваат спомнатите статистички параметри. Тие се сметаат за ризични фактори од првостепено значење. Во рамките на тоа и во однос на вродените луксантни состојби на колковите беше цитирана сложената табела.

Во склоп на ризико факторите, воопшто, а за појавата на оваа вродена мана посебно, исто така, спаѓаат и многу други. Во теориското потсетување на етиопатогенезата на оваа вродена аномалија стана детално набројување на факторите од влијание. Овде само ќе ги набројам, а на соодветно место ќе бидат детално анализирани факторите од типот: многудетство, малолетност, висок наталитет, висок природен прираст, enormно висока доенечка смртност, голем процент на раѓања без стручна помош, висок процент на неписмени или делумно описменети мајки родилки итн. Сето ова меѓу одредено население меѓу популацијата која и без тоа е најгулнерабилниот дел на населението.

Заради подобра прегледност на состојбата од табелата „Демос 2“ направен е извадок за 4 карактеристични години.

Веднаш паѓа в очи огромно високиот степен на наталитетот во поранешната општина Струга. Тој изнесува дури 27% во 1972 г. (што е што меѓу највисоките во Европа). Во таа 1972 г. на ниво на СР Македонија е, исто така, мошне висок и изнесува 22,8%. На ниво на Југославија (вклучително Косово и Метохија, Санџак, Босна и Херцеговина и Македонија), наталитетот изнесува 18,2% и тој е еден од највисоките во Европа, ако не и највисок. Но затоа, пак, во поранешната општина Битола, за која од секогаш важи вактот дека имала највисоки здравствени и општествени стандарди, во истата таа 1972 г. наталитетот изнесува само 13,3%, што е значително под југословенскиот, а особено македонскиот просек.

Уште побитен индикатор, можеби, е природниот прираст. Стапката на истиот во 1972 г. во мојата општина изнесува дури 19,7%. Во исто време таа стапка на ниво на Македонија е 15%, на ниво на Југославија 9,1%. Но затоа, пак, во Битола таа изнесува европски 5,7%.

Сепак најеклатантен е примерот со доенечката смртност. Тука сме вистински негативни рекордери. Мислам не ни се рамни ни многу африкански или азиски земји и народи. Во цитираната 1972 г. од 1000 живородени деца, повеќе од 86 доенчиња умреле пред да го

дочекаат својот прв роденден. Ова е ужасен „данок во крв“ што го даваше нашата неука и примитивна средина, недоволно развиеното здравство и здравствена заштита и нискиот степен на сите стандарди на општественото живеење. Веќе ги напоменавме факторите: многудетство, малолетнички бракови, празноверие, предрасуди, неписменост, домашни рафања, мала застапеност и искористеност на предбрачни и советувалишта за бремени, отсуство на едукација и поука и уште многу што друго. Во овој поглед рекордот на Струга го следи и Републиката со 75,5%, Југославија со 43,5%. Битола е на претпоследното место со „само“ 47,8%, и покрај сè.

Лекцијата од овој „крвав данок“ сметам сите брзо ја учевме. Наталитетот во 1992 г. во Струга се намали на 22,7%, во Македонија на 16,2%, во Југославија на приближно 14%, а во Битола спадна на 10,2%. Природниот прираст во Струга се спушти на 15,5%, во Македонија на 8,4%, во Југославија на приближно 5%. Во Битола тој е (сега веќе велиме за среќа) сè уште позитивен и изнесува одвај 1,0%.

Доенечката смртност во Струга е сè уште висока со 21,0%, во Македонија 30,6%, а во Југославија приближно 23%. Битола има доенечка смртност од 15,6%.

Во 2002 г. настанува сериозна дискрепанца. Наталитетот во Струга спадна на само 15,4%, во Македонија на 13,5%, а во Битола на само 10,5% (за Југославија веќе немаме податоци). Природниот прираст во Струга изнесува 8%, а во Македонија 5,2%. Лошо е притоа што Битола веќе има негативен природен прираст од -0,1%, односно доживува депопулација.

Доенечката смртност сега веќе е некоја друга прикаска.

Таа денес се движи далеку под нивото на оние фамозни 30%. Велам фамозни, бидејќи своеевремено еден наш педијатрски конгрес како главна цел на севкупното идно работење на сите педијатри го зацрта намалувањето на големата доенечка смртност на 30% на ниво на Републиката. Оваа задача беше целосно промовирана долго време како идеал кон кој се стремеше целото наше општество, особено здравствените работници. Притоа, морам да најгласам, не се жалеа ни материјални средства, ни труд, ни време, ниту кадри, ниту инвестирања. Целта беше најблагородна. Стремежот кон неа беше несогорлив, а бескрајно голем кај сите фактори заедно и кај секој посебно. Факторот човек притоа, секако, беше водечки. Затоа денес можеме со гордост да ги цитираме табелите од кои јасно се гледа дека доенечката смртност спаднала не на 30% ами далеку под тој идеал и стигнала безмалу на европско рамнинште. Многу е важно притоа да се нагласи дека трендот на нејзино постојано опаѓање е несопирлив и константен. Сепак динамиката,

стапката на тоа опаѓање сега веќе е постојано помала. Тоа, впрочем, си има свое научно медицинско објаснување, што не би го слаборидал во оваа прилика.

Во 2002 г. на ниво на новата општина Струга, градот и десеттина околни села, смртноста на доенчињата изнесува само зачудувачки 8,7%. Во однос на далечната 1972 г. намалување е за цели 10 пати! На ниво на Република Македонија таа изнесува 14,9% и значи во однос на 1972 г. намалување за 7 пати. На ниво на новата општина Битола, доенечкиот морталитет изнесува 12,5% и значи намалување за скоро 4 пати (види таб. Демос 1 и 2-страница 103 и 104).

На овие факти, навистина не им е потребен коментар. Ако во општина Струга процентот на домашните раѓања, од кои често без помош барем на акушерка, во не така предалечната 1972 г. изнесува 57,4%, во тек на 2003 г. домашни раѓања воопшто нема. Овој податок зборува навистина сам за себе. Уште повеќе добива во значење кога ќе се упати аналитички поглед на цитираните табели. Онаму каде што беа главните проблеми на овој план, во селата и особено меѓу албанското и муслиманското население, сега веќе бележиме вчудовидувачки само 0,8% домашни раѓања во селата, односно 0,6% меѓу албанската популација воопшто.

Еве во вакви услови, во рамките на работата во нашата служба, особено во советувалиштето се одвиваше уште една борба. Беше тоа борба паралелно водена со онаа за што поголем број спасени деца, деца оттргнати од канците на немилосрдната прерана смрт. Беше тоа борба за контролирана бременост и контролирано раѓање, раѓање во болнички услови, борба за исправна нега и исхрана на доенчето, борба за навремено вакцинирање, благовремено пријавување на секаков вид проблем на детето кај најблискиот здравствен пункт. А изградивме такви пунктови најблиску до секое дете, речиси во сите села и населби. И пак се повикувам на спасоносната „Акционна програма“ од 70-тите години на минатиот век.

Табела Ѓемос 1
Вкупно раѓања во Општина Струга

Година	Вкупно родени	Живо родени	Мртво родени	% %	Живо родени и месец на раѓање			
					по бодница		дома	
					M1	M2	M3	H
1972	1345	1339	6	0,4	570	42,6	769	57,4
1973	1489	1473	16	1,1	648	44,0	825	56,0
1974	1385	1369	16	1,1	644	47,0	725	53,0
1975	1413	1393	20	1,4	746	53,5	647	46,5
1976	1444	1434	10	0,7	720	50,2	714	49,8
1977	1446	1435	11	0,8	818	53,8	617	46,2
1978	1381	1370	11	0,8	775	56,6	595	43,4
1979	1401	1385	15	1,1	816	58,9	570	41,1
1980	1460	1448	12	0,8	910	62,8	538	37,2
1981	1574	1557	17	1,1	1040	66,8	517	33,2
1982	1473	1464	9	0,6	932	63,7	532	36,3
1983	1487	1482	5	0,3	1017	68,6	465	31,4
1984	1479	1469	10	0,7	1077	73,3	392	26,7
1985	1559	1553	6	0,4	1156	74,4	397	25,6
1986	1555	1542	13	0,8	1204	70,1	338	21,9
1987	1575	1565	10	0,6	1264	80,8	301	19,2
1988	1564	1551	13	0,8	1215	78,3	336	21,7
1989	1498	1482	16	1,1	1216	82,1	266	17,9
1990	1577	1569	8	0,5	1275	81,3	294	18,7
1991	1453	1446	7	0,5	1160	80,2	286	19,8
1992	1472	1465	7	0,5	1234	84,2	231	15,8
1993	1580	1574	6	0,4	1370	87,0	204	13,0
1994	1513	1500	13	0,8	1364	90,9	136	9,1
1995	1368	1359	9	0,6	1261	92,8	98	7,2
1996	1389	1381	8	0,6	1293	93,6	88	6,4
1997	1215	1210	5	0,4	1165	96,3	45	3,7
1998	1216	1207	9	0,7	1159	96,0	48	4,0
1999	1133	1126	7	0,6	1098	97,5	28	2,5
2000	1116	1111	5	0,4	1104	99,4	7	0,6
2001	957	952	3	0,3	953	99,6	4	0,4
2002	1107	1103	4	0,4	1104	99,7	3	0,3
2003	710	707	3	0,4	*710	100,0	*0	*0
1992-2003	14776	14695	79	0,5	*13815	93,5	892	6,0
1972-2003	44334	44022	310	0,7	33018	74,5	11316	25,5

ПИКОВИ

Вкупно раѓања		Вкупно мртвородени			Родени дома			Родени по уставила	
година	N	година	N	%	година	N	%	N	%
1993	1580	1975	20	1,4	1972	769	57,4	570	42,6
2003	710	2003	3	0,4	2003	0	0	710	100,0

Табела Десмос 2

Некои параметри од житалишта статистика по години
 Годишеник на Ср. завод на СФРЈ
 Годишеник на Ст. завод на СФМ и Република Македонија

година	Живо родено на 1000 жители Наталитет %				Природен прираст на 1000 жители				Умерен драсителник на 1000 жители			
	Србите	Бугари	Македонци	Југословци	Србите	Бугари	Македонци	Југословци	Србите	Бугари	Македонци	Југословци
1972	27,0	13,1	22,8	18,2	19,7	5,7	15,0	9,1	86,6	47,8	73,5	43,5
1973	28,9	12,6	22,0	18,0	21,7	5,7	14,8	8,7	67,9	46,8	67,5	43,3
1974	26,4	13,1	22,2	17,9	16,7	6,4	15,3	9,5	89,1	45,4	66,6	40,0
1975	26,4	13,4	22,5	18,1	18,7	6,7	15,3	9,4	76,1	31,3	63,1	39,9
1976	26,7	13,6	22,3	18,2	20,4	7,3	15,4	9,7	51,6	42,2	60,7	36,7
1977	24,3	13,2	21,5	17,7	17,0	6,3	14,4	9,3	66,7	35,5	60,1	35,2
1978	24,6	13,8	21,1	17,3	18,0	6,9	14,1	8,6	56,2	33,2	54,1	33,8
1979	23,9	13,9	21,2	17,4	17,8	6,9	14,4	8,7	64,9	41,5	41,0	32,7
1980	25,0	14,5	21,1	17,1	18,8	7,0	13,9	8,3	47,0	31,8	54,2	31,4
1981	27,4	13,4	20,6	16,4	21,2	6,4	13,6	7,5	46,9	25,5	51,1	30,8
1982	25,1	14,6	20,5	16,7	18,3	7,4	13,5	7,8	54,0	31,6	49,3	30,1
1983	24,3	13,3	19,9	16,4	17,1	6,3	12,6	6,8	44,0	26,3	48,7	30,7
1984	24,4	13,6	19,5	16,4	18,5	6,1	12,4	7,1	36,7	30,8	44,3	27,6
1985	25,4	13,0	19,2	15,9	19,0	5,6	12,1	6,7	42,5	21,1	43,4	28,3
1986	24,8	13,0	18,7	15,5	17,6	5,8	11,7	6,3	43,5	23,3	43,6	26,7
1987	24,7	12,4	18,7	15,9	18,6	5,4	11,6	6,1	32,6	17,5	41,9	26,2
1988	24,0	11,7	18,3	15,1	18,2	4,0	11,2	6,2	31,0	25,0	39,8	24,5
1989	22,5	11,0	17,0	14,3	16,3	3,4	10,1	5,7	34,3	35,9	36,7	24,3
1990	23,5	10,2	16,6		17,2	2,7	9,7		21,0	23,1	31,6	
1991	22,9	11,6	17,1		16,6	2,4	9,8		20,7	21,8	28,2	
1992	22,7	10,8	16,2		15,5	1,0	8,4		21,1	15,6	30,6	
1993	23,7	10,7	15,7		17,2	1,8	8,1		20,9	19,3	24,1	
1994	23,9	13,2	17,3		17,1	2,5	9,2		17,5	18,8	22,5	
1995	21,2	12,0	16,4		14,0	0,9	8,1		20,0	19,2	22,7	
1996	21,2	11,6	15,8		14,4	0,4	7,7		9,3	20,6	16,4	
1997	17,1	10,8	14,8		9,8	-0,2	6,5		*15,8	12,8	15,7	
1998	16,9	11,0	14,0		10,0	-0,1	6,2		*12,7	14,6	16,3	
1999	15,4	10,5	13,5		8,0	-0,1	5,2		*8,7	12,3	14,9	
2000	15,2	10,9	14,5		8,4	-0,5	6,0		*8,7	15,8	11,8	
2001	15,8	*10,1	13,3		*8,2	-0,5	5,0		*6,7	*18,3	11,9	
2002	14,5	*9,2	13,7		6,7	-0,4	4,8		*7,5	*11,2	10,2	
2003	15,6	*9,3	13,3		2,5	-0,4	4,4		*9,2	*14,4	6,6	

Делата I: 1972-1991г.

Делата II: 1992-1991г.

Делата III: 1992-2001г.

Но, водевме и многу други паралелни борби. Ерадицираме многу смртоносни заразни болести.

Сепак, се грижевме и за проблемите што немаат директно влијание врз смртноста, но внесуваа немир, грижи, болки, трауми, трошкови, боледувања, долги хоспитализации и многу инвалидност. Низ сите тие многубројни борби никогаш не го заборавив беччето со Лоренц-овиот гипс. Никогаш не ја заборавив неприродната измачувачка положба на неговите мали, нежни ножиња. Никогаш не ги заборавив неговите солзи и загрижените ликови и погледи на неговите родители. Но сепак од сите тие или барем од мнозинството борби излегуваме среќни како победници.

БЕЛЕШКА ЗА СТРУГА И СТРУШКО

а) ПРИРОДНО - ГЕОГРАФСКИ ОДЛИКИ

Струга и нејзините триесеттина села се сместени во Охридската Котлина, што се наоѓа на крајниот југозападен дел на Република Македонија, на околу 41° географска широчина на север од Екваторот. Охридската Котлина е орабена од сите страни со мошне моќни планински масиви. Јабланица, со Црн Камен (2259 м височина), Беличка Планина (1946 м) и Мокра Планина (1522 м) се распространети на запад, каде што се наоѓа Албанија и Јадранско Море. Галичица (2255 м), Петрино (1737 м), Плаќенска Планина (1930 м) и Илинска Планина (1909 м), ја обработуваат котлината на исток. Масивот Стогово со огранокот Караорман, со височина од 2076 м ја штитат котлината од север. Кон југ котлината е најотворена. Таа на југ завршува со ритчестиот предел Гора, што започнува веднаш од брегот на Охридското Езеро. Котлината има поврвнина од 1370 ха. Од северозапад, по долината на реката Црн Дрим, кој се влива во Јадранско Море, кон оваа котлина допираат средоземноморски климатски влијанија. Истите се чувствуваат и преку превалецот Кафасан, односно реката Шкумба во Албанија. По долината на реката Опеничка и превалецот Буково е поврзана со Преспанска Котлина.

Голем дел (348 квадратни километри) од котлината чини Охридското Езеро со средна длабочина од 144 и најголема околу 280 м (Г.Милев).

б) КЛИМАТСКО-МЕТЕОРОЛОШКИ ОДЛИКИ

Според географската широчина, би требало климата да биде суптропска, а според апсолутната височина (езерото е на надморска височина од 695 м) континентална. Меѓутоа, оддалеченоста од јужниот крај на Јадранското Море е само околу 110 км, а кон него, на запад, котлината е отворена со долината на реката Шкумба. Преку неа, како и преку долината на реката Девол (оддалечена само 20 км од Охридската Котлина) мошне големи влијанија врши медитеранска клима од Јадранско Море. Ова повеќе се чувствува на охридскиот дел. Струга трип извесно влијание од север, што условува нешто пониски годишни температури од оние во Охрид. Но сепак медитеранските влијанија се и овде присутни. Во летните месеци температурата на воздухот се качува до $27,4^{\circ}\text{C}$ (просечно 20,8), а на водата на езерото просечно достигнува до $23,5^{\circ}\text{C}$.

Инсолацијата во Охридската Котлина изнесува околу 2171 часови. Тоа е мошне голема инсолација, бидејќи изнесува 49% од вкупната годишна. Според тоа, оваа котлина има најголема инсолација во Македонија.

Во Струга во август сонцето грее 286, а во декември 52 часа. Облачноста изнесува од 7,6 во декември до 1,4 часа дневно во август. Соодветно на тоа, има малку врнежливи денови во текот на годината. Такви се во просек 96 дена. Ветровите дуваат, речиси, од сите страни. Ги има постојани (јужен и северен) и локални што се предизвикани од различната температура на копното и големата езерска водена маса. Сите ветрови се умерени и придонесуваат за непрекинливо освежување на воздушните маси.

Ваквите временско-климатски карактеристики на котлината и даваат карактер на средоземноморско поднебје (докторска дисертација Г.Милев).

в) ДЕМОГРАФСКИ ОДЛИКИ

Од пристапната документација може да се види дека демографските движења на населението од овој крај се некогаш поживи, некогаш помирни, но сепак, воопшто, тие се доста бурни. Не на враќајќи се премногу далеку во историјата, а секако немајќи никакви амбиции за поголемо научно елаборирање на оваа проблематика, сосема накусо би укажал на неколку моменти за кои подетално зборува еден од авторите на книгата „Струга и Струшко“, Крстан Попоски. Во неа со опишуваат демографските движења на ова население од периодот на доаѓањето на Турците - Османлии на Балканскиот Полуостров. Со нивното доаѓање меѓу македонското словенско население се „вгнездува“ нов етнички елемент. Ако се има предвид дека тој елемент припаѓа на една сосема друга, за македонскиот народ, нова религија и дека македонското население потпаднало под несносливото петипол вековно османлиско ропство, тогаш многуте и сеопфатни реперкусии врз ова наше население стануваат јасни и разбираливи. Последични се многубројните, честопати насилен и масовни раселувања, па и истребувања од поробената Македонија. Се отишло дотаму цели села и населби, притиснати од многувековниот ужасен терор, биле натерани да си ја сменат верата, да се исламизираат. Тоа било вршено под закана дури и за голите животи на цели семејства, села и населби. Така се појавуваат Македонците муслумани во нашите краишта. Во овој крај, со оваа појава се карактеризираат неколкуте села распространети на падините на

планината Јабланица, на левиот брег на реката Црн Дрим. Тоа се селата: Јабланица, Боровец, Октиси, Лабуништа и Подгорци.

Слични тешки ропски услови на живеење владееле и на просторите на денешна Албанија. Тамошното шиптарско население, бегајќи пред теророт на турскиот поробувач, барало излез во раселување, миграција кон други територии. На тој начин, на територијата на струшкото подрачје се насељуваат и Шкипари - Албанци. Ова се случува особено во некои селски населби од каде македонското население сè повеќе бега кон градот Струга и пошироко, дури и надвор од Македонија. Кон ова, секако, придонесува и мошне развиеното печалбарство.

Во втората половина на XVII, во XVIII и особено во XIX век, селското население масовно бега пред налетите и зулумите, ограбувањата и теророт на албанските банди, настанувајќи се во градот. Оваа состојба убаво ја насликал нашиот ловороносец, Прличев во поемата „СЕРДАРОТ“.

Така, Струга кон крајот на XIX век има 4570 жители, главно, Македонци.

Многу негативни последици по населението има периодот по Илинденското востание во 1903 г. Состојбата уште повеќе се влошува со повлекувањето на новите граници помеѓу Кралството Југославија и соседите. Со тоа е конечно распарченото телото на Македонија, а населението подложено на невиден егзодус, асимилација до вистински геноцид. Продолжува ли тоа и денес?

Стопанството, и онака минимално развиено, уште повеќе уназдува до крајни граници. Тоа, покрај севкупниот политички, етнички, конфесионални и други видови прогон и терор, го присилува населението на масовно одење на печалба или миграирање на цели семејства, фамилии, населби. Така печалбарството станува карактеристика на овој крај. Оваа појава е, главно, развиена меѓу Македонците. Со тоа македонското јадро постепено, но константно, се намалува премногу долг временски период. Спрема првиот официјален попис од 1921 г., населението од градот се намалило од 4570 во 1914 г. на само 3587 жители, што значи пад за 24%. Потоа настанува благ пораст, така што според пописот од 1931 г. подрачјето има 28 055 жители.

Карактеристика на предвоениот период е стопанство на тотално заостаната аграрна средина, со сосема неразвиено образование, здравство, совршено никакво индустриско производство, ситна индустрија во зародиш, примитивно занаетчичество итн. По ослободувањето настанува мошне брз и бурен подем на секој план. Пара-

лелно со тоа се случуваат и големи структурни промени на населението.

Уште со пописот од 1961 г. се покажува големо опаѓање на аграрното население. Така, тоа од 22 740 жители во 1953 г., опаѓа на 17 897 во 1961 г. Овој тренд, за жал, продолжува до денес. Затоа, пак, огромно нараснува бројот на вработените во сите сектори и дејности. Многу е голем порастот на индустриските работници, интелигенцијата, во просветата, културата, здравството, трговијата и др. Мора со задоволство да се нагласи несопирливиот растеж на здравството и науката, културата и уметноста, спортот.

Механичкото движење на населението предизвикува и негови структурни промени. Струшкото подрачје е *емиграционо* со негативно миграционо салдо. Покрај надворешната, доста е нагласена и внатрешната миграција. Поради тоа, голем број села напрото изумреа, а сметка на нив други во целост си го изменија етничкиот карактер, станувајќи од исклучиво македонски, исклучиво албански населби (К. Попоски; „Струга и Струшко“).

ПРВА СЕРИЈА, ПЕРИОДОТ 1973 — 1982 ГОДИНА

Оваа серија деца изнесува вкупно 14 029. Просечно годишно се раѓале по 1 403 деца. Најмалу се родиле во 1982 г. (1 264), а најмногу во 1981 г. (1 557). Меѓу нив со ЛСК (без разлика на степенот на еволутивната фаза на маната) се откриени 179 случаи. Инциденцата на 1000 живородени деца е 12,8, односно во проценти застапеноста на аномалијата е 1,3%. Поголемото мнозинство деца со оваа аномалија се девојчиња. Тие се повеќе од два и пол пати почесто носители на маната отколку машките деца (131 девојче наспроти 48 машки). Меѓу овие 179 деца, најголем број (75 или 42%) се Албанчиња. Следи групата од 51, односно 28,5% деца Македонци со исламска вероисповед, потоа 45, односно 25,1% дури Македончиња. Најмала е застапеността на групата „други“ националности, во која доминира бројот на Еѓупци. Во оваа група откриени се 8 деца, односно тие учествуваат со само 4,5%. Според местото на живеење, повеќе од четири пати се застапени децата од селските населби за разлика од истите од градот. Тој однос е 145 селски наспроти 34 градски деца или во проценти изразено повеќе од 73% отпаѓа на деца од селските населби (види, tabela ЛСК 1 и 2-страница 109 и 110).

табела ЛСК 1

ЛСК ВО СТРУГА И СТРУШКО ЗА ПЕРИОДОТ 1973 - 1982 г.

год.	ж/ш/в родени	из ЛСК	% на 1000 живород.	П О Д				НАЦИОНАЛНОСТ							
				машки		женски		Македонци		Албанци		Македонч.		други	
				N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1973	1473	16	10,9	7	43,7	9	56,3	3	18,8	7	43,8	4	25,0	2	12,5
1974	1369	15	11,0	3	20,0	12	80,0	6	40,0	7	46,7	2	13,3	0	0
1975	1393	4	2,9	3	75,0	1	25,0	2	50,0	1	25,0	1	25,0	0	0
1976	1334	23	16,0	9	39,1	14	60,9	9	39,1	7	30,4	6	26,1	1	4,3
1977	1335	52	39,0	15	28,8	37	71,2	15	28,8	24	46,2	10	19,2	3	5,8
1978	1370	30	21,9	5	16,7	25	83,3	4	13,3	11	36,7	14	46,7	1	3,3
1979	1386	15	10,8	2	13,3	13	86,7	3	20,0	10	66,7	2	13,3	0	0
1980	1448	10	6,9	1	10,0	9	90,0	3	30,0	4	40,0	2	20,0	1	10,0
1981	1557	10	6,4	2	20,0	8	80,0	0	0	3	30,0	7	70,0	0	0
1982	1264	4	3,2	1	25,0	3	75,0	0	0	1	25,0	3	75,0	0	0
Вкупно	14.029	179	12,8	48	26,8	131	73,2	45	25,1	75	41,9	51	28,5	8	4,5

ЛСК ВО СТРУГА И СТРУШКО ЗА ПЕРИОДОТ 1973 - 1982 г.
СПОРЕД МЕСТОТО НА ЖИВЕЕЊЕ

година	ГРАД				СЕЛО				ВКУПНО			
	Нашкин	Н женски	Н вкупно	%	Нашкин	Н женски	Н вкупно	%	Нашкин	Н женски	Н вкупно	%
1973	2	3	5	31,2	5	6	11	68,8	7	9	16	100,0
1974	1	5	6	40,0	2	7	9	60,0	3	12	15	100,0
1975	0	1	1	25,0	3	0	3	75,0	3	1	4	100,0
1976	0	4	4	17,4	9	10	19	82,6	9	14	23	100,0
1977	1	7	8	15,4	14	30	44	84,6	15	37	52	100,0
1978	1	5	6	20,0	4	20	24	80,0	5	25	30	100,0
1979	0	3	3	20,0	2	10	12	80,0	2	3	15	100,0
1980	0	1	1	10,0	1	8	9	90,0	1	9	10	100,0
1981	0	0	0	0	2	8	10	100,0	2	8	10	100,0
1982	0	0	0	0	1	3	4	100,0	1	3	4	100,0
Вкупно	5	29	34	19,0	43	102	145	81,0	48	131	179	100,0

Така изгледа фактографската состојба. За вистинската зачестеност на аномалијата по секоја посебна група деца во овој дел немаме можност да анализираме. Тоа е заради немање прецизни податоци за точниот број на деца од секоја група што биле предмет на споредување. Тоа пообјаснето би укажало на фактот што не е еднаков вкупниот број на следени деца (од кои е издвоена групата од 179 деца со ЛСК) меѓу различните национални групи, односно меѓу градските и селските деца.

Заради тоа во овој дел ќе се задоволиме само со инциденцата на 1000 живородени деца, како и со објаснението за бројот, односно процентот на застапеност од секоја националност, пол и место на живеење во вкупниот број од 179 деца со ЛСК. Следена појавата на аномалијата од година во година се добива зачестеност од 10,9 во 1973 г., па преку 39 во 1977 г., до 3,2 на 1000 живородени деца во 1982 г. За целата декада, инциденцата изнесува 12,8 на 1000 живородени деца. Следена, пак, инциденцата од година во година по различните групи како да не се движи по истата крива линија, ами има некаков поинаков тек. Така, машките деца пртиципираат од 75% во 1975 г., преку 43,7% во 1973 г., па до 10,0% во 1980 г. Обратно, девојчињата се најзастапени во 1980 г. со 90%, а најмалку во 1975 г. со 25%.

Ваквата нерамномерна застапеност на ЛСК се забележува и кај различните националности. Меѓу Македонците, на пример, се движи од 13,3% во 1978 г. до 50% во 1975 г.; меѓу Албанците, пак, во 1975 г. е застапена со 25%, а во 1979 г. дури 66,7%. Кај Македонците муслимани гледаме уште понеправилна сразмерност. Имено, во 1974 г. само 13,3%, а во 1982 г. дури 75%. Кај групата од 8 деца припадници на националната групација „други“ (со најголема застапеност на Роми), овие осцилации се најблиги и се движат од 3,3% во 1978 г. до 12,5% во 1973 г. (види табела ЛСК 1-страница 109).

Ако се анализираат впишаните дијагнози во личната медицинска документација на децата (без да се инсистира на некоја построга прецизност), ќе се види дека доминира билатералната луксација со 46,4%, односно дисплазија со 15,1%. При еднострани луксации, односно дисплазии, кај нашата серија, скоро и да нема значителна разлика во смисла на лево-десно (што е случај, пак, на пр., во литературата) (види, Таб. ЛСК 3).

Комбинации се јавуваат кај 7,3% од случаите. Тоа подразбира, на пр., еден степен на едната, а друг на другата страна. Оттука и бројот на „192“ случаи, а не 179 колку што фактични се регистрирани деца со ваква аномалија (табела ЛСК 3).

(табела ЛСК 3)

DG:	N	%
LCC BILLATERALIS	83	46,4
DCC BILLATERALIS	27	15,1
LCC LATERIS DEXTRI	21	11,7
LCC LATERIS SINISTRI	19	10,6
KOMBINIRANO	13	7,3
DCC LATERIS DEXTRI	12	6,7
DCC LATERIS SINISTRI	4	2,2
SUBLUXATIO BILLATERALIS	9	5,0
SUBLUXATIO LATERIS DEXTRI	2	2,1
SUBLUXATIO LATERIS SINISTRI	2	2,1
ВКУПНО (179+13)	192	100,0

Во овој правец обидот да се забележи некаква евентуална закономерност не ни укажа на тоа во следење на појавата низ годините од 1973 до 1983 г.

Резимирајќи, би рекле дека во првата декада на нашата студија со ваква аномалија сме регистрирале вкупно 179 деца, што во сооднос на вкупно живородените 14 029 деца изнесува инциденца од 12,8 на илјада, односно процентуалната застапеност изнесува 1,3%. Женските деца се скоро трипати позастапени, т.е. постои статистички значителна разлика во застапеноста на половите.

Пашанку и Османли во периодот 1968 — 1977 г., меѓу 16 215 деца, со ЛСК нашле кај 8% од нив (слично како Кепески). Повеќи меѓу регрутите нашол од 8 до 10% кандидати со ваква мана.

Споредено со податоците од табелата на професорот Кепески, кој на 71 710 родени деца наоѓа дури 5.852 или 81,61 на илјада (8,2%) за периодот од 1968 до 1977 г., нашата серија значително се разликува со 179 деца со маната меѓу 14 029 живородени деца за периодот

1973 — 1982 г. Ова значи дека во нашата серија маната се јавува повеќе од шест пати поретко.

Дали е тоа вистинската состојба?

Ваквата разлика меѓу нашата серија и оние на другите автори беше предизвик повеќе за трагање по вистината.

ВТОРА СЕРИЈА ПЕРИОДОТ 1983 — 2003 ГОДИНА

Предизвикот се вика планирано и лонгитудинално следење на децата од Струга и Струшко во Детското советувалиште. Со тоа се доби многу, како во квалитетот така и во сеопфатноста на прегледите. Планираниот начин на следење на растот, развитокот и општата здравствена состојба на децата овозможува и планирано следење на одредени состојби. Заедничкото делување со акушерите што се грижеле за бременоста на жените и породувањето, и со неонатолошката служба, потоа поливалентната патронажна служба, со отсекот за вакцинацији и конечно детскиот диспанзер овозможува широк дијапазон на дејности на детското советувалиште. Со започнувањето на комплетно компјутеризирано, електронско регистрирање на податоците, на начин описан во текстов, се заокружува и методологијата на нашето работење.

Во ова поглавје ќе бидат изнесени моите искуства и сознанија со кои се здобив во овие изминати децении. Сите нумерички вредности се однесуваат на периодот со почеток на пролетта во 1983 г. па до критичниот момент во есен на 2004 г.

ОПШТА СТАНДАРДНА СТРУКТУРА НА СТАТИСТИЧКАТА МАСА

Во периодот 1983 — 2004 г., во Државниот завод за статистика на просторот што го покрива поранешната општина Струга се регистрирани 25592 живородени деца. Од нив, Детското советувалиште го посетувале 19662 заклучно со есента на 2004 г., што изнесува 75%. Толку всушност изнесува и опфатеноста на детската популација со редовни, целосни систематски прегледи во Детското советувалиште.

Бројот на децата опфатени со прегледи осцилира од година до година во зависност од повеќе фактори. Најмал е во почетната 1983 г. и изнесува само 146 деца односно само 9,8% од живородените. Ова е разбираливо од причина што во таа година стартуваше претходните години подготвениот софтвер. Во почетокот наидувавме на огромни потешкотии со едукацијата на екипите со работа со компјутерот. Од друга страна, и моќноста, перформансите на тие генерации компјутери беа премали за да можат успешно да работат со преобемниот програм, со мноштвото машине сложени и комплицирани хардверско-софтверски решенија изработени врз база на деталниот дизајн. На сето тоа се надополнуваа и нашите секојдневни сè понови,

посложени, подетални барања што растеа со растежот на параметрите што го комплетираа програмот. Така, сега базите исполнуваат околу 600 мегабајти.

Бројот на живородените деца, како и бројот на децата што го посетувале нашето советувалиште е прикажан на табелата ОС 1.

табела ОС 1

Општа структура 1983-2002 серија-1 таб-1			
Вкупно опфатени деца		ПРЕГЛЕДИ	
Пол	N	%	N
Машки	10193	51,84	63767
Женски	9469	48,16	57 377
Вкупно:	19662	100,0	121 144

Со обзир на начинот на којшто во понатамошниот текст ќе бидат анализирани децата со вродена луксантна состојба на колковите, разбираливо е што во овој дел се прикажува општата структура на статистичката маса. Уште еднаш напоменувам дека не се прави анализа на издвоен примерок, ами на сета статистичка маса.

Анализата што подразбира општа структура, ги сортира децата според: полот, националноста, местото на живеење и возраста. Посебно се описува бројот и просекот на извршени прегледи.

Од табелата ОС2 се гледа дека од 19 662 деца, колку што се вкупно анализирани, односно следени, 10 193, односно 52% биле машки, а 9 468, односно 48% женски. Тие заедно ефектуирале вкупно 121 144 прегледи или по 6,2 прегледи просечно по дете. Притоа, машките имаат нешто поголем просек од девојчињата.

Имајќи ја предвид распределбата на населението во Струга и Струшко, јасно е видливо дека во градот живеат една третина, а во селата 2/3 од жителите. Некако соодветно на тоа е сочинета и структурата на децата што се предмет на оваа студија. Во градот живеат 5 226, односно 26,6%, а во селата 14.436 или 73,4%. Следено ова од година во година има мали, не многу битни, осцилации (таб. ОС2-страница 115).

Структурата на децата според нивната национална припадност е детално, од година во година, прикажана на таб. ОС 3

Општа структура 1983 — 2004-Табела ОС 2

Процентуална застапеност на децата

според местотот на живеење

Година	ГРАД		СЕЛО		ВКУПНО	
	N	%	N	%	N	%
1983	13	8,90	133	91,10	146	100,0
1984	209	21,73	753	78,27	962	100,0
1985	293	22,87	988	77,13	1281	100,0
1986	335	28,01	861	71,99	1196	100,0
1987	347	27,05	936	72,95	1283	100,0
1988	337	23,11	1121	76,89	1458	100,0
1989	306	15,32	1691	84,68	1997	100,0
1990	347	38,86	546	61,14	893	100,0
1991	321	33,40	640	66,60	961	100,0
1992	264	28,54	661	71,46	925	100,0
1993	262	32,79	537	67,21	799	100,0
1994	284	32,27	596	67,73	880	100,0
1995	230	26,23	647	73,77	877	100,0
1996	230	26,56	636	73,44	866	100,0
1997	180	28,35	455	71,65	635	100,0
1998	203	27,14	545	72,86	748	100,0
1999	188	26,44	523	73,56	711	100,0
2000	189	27,92	488	72,08	677	100,0
2001	180	27,11	484	72,89	664	100,0
2002	169	26,66	465	73,34	634	100,0
2003	197	31,57	427	68,43	624	100,0
2004	142	31,91	303	68,09	445	100,0
Вкупно	5226	26,58	14436	73,42	19662	100,0